

"Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?"

- en pilotstudie

Tove Kristine Isaksen Johansen



Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

29.4.2011

© Tove Kristine Isaksen Johansen

2011

”Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?” – en pilotstudie

Tove Kristine Isaksen Johansen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Tove Kristine Isaksen Johansen	Dato: 29.4.2011
Tittel og undertittel: "Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?" – en pilotstudie	
<p>Formål: Studiens hensikt var å utvikle og pilotteste et spørreskjema som kartlegger forekomst av selvrapportert preoperativ angst hos pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling, og deres begrunnelser for dette. Studien var et kvalitetsforbedrende prosjekt på Dagkirurgisk avdeling. Foruten å utvikle et spørreskjema, har metodologisk målsetting vært å vurdere hvor egnet det er til å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på målekvalitet, samt evaluere rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren til en senere tenkt kartleggingsundersøkelse med skjemaet.</p> <p>Teoretisk forankring: Teori om følelser av R. Lazarus (1991, 1999) utgjør spørreskjemaets teoretiske forankring, og dets innhold er hentet fra relevant forskningslitteratur.</p> <p>Metode: Studien har et kvantitativt, beskrivende design av type survey. En teoretisk metode for spørreskjemautvikling ble brukt for å utvikle et tredelt, strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet ble pilottestet ved at et utvalg på 20 respondenter fra målgruppen fylte ut spørreskjemaet og deretter evaluerte det i et påfølgende strukturert intervju.</p> <p>Resultater: Funn fra pilottesten viser at rekruttering og datainnsamlingen synes gjennomførbar med tanke på oppslutning, tid, belastningsgrad for respondentene og frafall underveis. Spørreskjemaets del B og C ser ut til å måle forekomst av preoperativ angst og begrunnelser for dette. Dette understøttes blant annet ut i fra respondentenes oppfatning av spørreskjemaets elementer og utforming, spredning av skårene på anvendte Visuelle analoge skalaer (VAS) i del B, samt god indre konsistens og relativt god grad av innholdsvaliditet for spørsmålene i del C. Noen rekrutteringsfeil og feilkilder i målingene som ble påvist, bør forebygges. Behov for videre arbeid med å øke og vurdere kvaliteten i målingene ble avdekket. Blant annet bør del B operasjonaliseres bedre ved å erstatte VAS1 med instrumentet STAI (state), og spørsmålene i del C gjøres mer distinkte og vurderes videre gjennom faktoranalyse. Spørsmål om tidligere dagkirurgisk erfaring og mestringsstrategier bør legges til. Spørsmål som skapte engstelse, krever tiltak for å redusere risiko for psykisk skade hos fremtidige respondenter.</p> <p>Konklusjon: Før start av en senere kartleggingsstudie, bør rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyre og spørreskjemaet revideres i henhold til fremsatte forslag. Deretter bør spørreskjemaet pilottestes på nytt på et større utvalg der hovedfokus er videre vurdering av validitet og reliabilitet, samt beregning av sensitivitet og spesifisitet for ulike grenseverdier på VAS.</p>	
Nøkkelord: preoperativ angst, dagkirurgi, spørreskjema, pilotstudie, forekomst	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Tove Kristine Isaksen Johansen	Date: 29.04.2011
Title and subtitle: "Do you feel anxiety prior to a day surgery operation?" - a pilot study.	
<p>Purpose: The aim of this study was to develop and pilot test a questionnaire that surveys prevalence of self reported preoperative anxiety with patients undergoing laparoscopic surgery in Dagkirurgisk avdeling, and the reasons patients reports for this anxiety. This study was a quality improvement project in Dagkirurgisk avdeling. Besides the development of the questionnaire an assessment of the questionnaires ability to answer this study's problem and research question with the quality of the measurements in mind and the evaluation of the recruitment and data collection methods has been goals in this study.</p> <p>Literature Review: R. Lazarus' (1991, 1990) theories of emotions constitutes the questionnaires theoretical basis, and its contents is collected from relevant research literature.</p> <p>Method: This study has a quantitative, descriptive design of a survey. A theoretical method for questionnaire development has been utilized to develop a questionnaire structured in three parts. The questionnaire was pilot tested by having 20 patients in the target group fill it out and afterwards evaluate it in a structured interview.</p> <p>Results: Findings from the pilot test show that the recruitment and the data collection seems to be feasible with the number of willing patients, the time, the degree of stress on the participants, and the number of dropouts in mind. The questionnaires parts B and C seem to be measuring respectively prevalence of pre operative anxiety and reasons for this anxiety. This is supported by, amongst other things, the participants opinions and understanding of the questionnaires elements and their design, a good spread in the scores in the used Visual analogue scales (VAS) in part B, and a good inner consistency and a relatively god degree of content validity for the questions in part C. Some recruitment errors and measurement errors should be prevented. A need to further improve the quality of the measurements and an assessment of this is also unveiled. Amongst other things part B should be operationalized by replacing VAS1 with another instrument STAI (state) and the questions in part C should be made more distinct and should be assessed further in a factor analysis. The question about former day surgery experience and coping strategies should be operationalized into the questionnaire. Certain questions that caused unease require actions to prevent psychological harm to future respondents.</p> <p>Conclusion: Before using this questionnaire in an assessment and data collection procedure, it should be developed further according to mentioned suggestions. Thereafter a new pilot test on a larger sample should be conducted. The main focus of this test should be to further assess the validity and reliability, in addition to a calculation of the sensitivity and specificity for different cut off points on the VAS.</p>	
Key words: Preoperative anxiety, day surgery, questionnaire, pilot study, prevalence	

Forord

Denne oppgaven ble skrevet i håp om å kunne bidra til litt kunnskap i forhold til en stor og relativt ny pasientgruppe. Dagkirurgisk virksomhet kan spores tilbake begynnelsen av 1900-tallet, men de første dagkirurgiske avdelinger ble ikke opprettet i Norge før på 1980-tallet. Siden den gang har virksomheten omfang økt kraftig, og i dag utgjør dagkirurgi omlag 60 % av all elektiv kirurgi.

Å få kunne ta et dypdykk i kunnskapsgrunnlaget for denne pasientgruppen og om temaet preoperativ angst, et fenomen som stadig utfordrer meg, har vært en interessant og spennende reise. Likeledes har det vært svært givende å erverve meg kunnskap om den vitenskapelige prosessen som utgjør grunnlaget for oppgaven.

Som deltidsstudent er man i en langvarig læringsprosess. Heldigvis har jeg opplevd god støtte gjennom disse årene, og det er flere som må takkes for dette:

Takk til min arbeidsplass som gav meg rom og økonomisk støtte til å gjennomføre studien.

Tusen takk til kollega Mi og dere andre på PO og ikke minst kollega Magnhild for deres positivitet og innsats i selve gjennomføringen av prosjektet på avdelingen.

Tusen takk til Trude og Charlotte for hjelp til å se ordskogen for bare trær.

Tusen takk til veileder Inger Schou Bredal, særlig for dine tålmodige svar på mange spørsmål.

Særlig tusen takk til deg Elisabeth Svensson. Du har gitt meg utrolig gode innspill i diskusjonene våre. Du har gitt raust av din kunnskap, og din støtte har vært uvurderlig.

Til sist, og ikke minst, tusen, tusen takk til min ektemann og beste venn Robert. Det er ikke plass til å liste opp alle de måter du har støttet meg. Du er en fantastisk mann. Jeg elsker deg.

Til Kristine, Mads og bitteliten, fra mamma.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Presentasjon av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.2.1	Spørreskjemaets problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.2.2	Pilotstudiens metodologiske målsetting	4
1.3	Oppgavens oppbygning	5
1.4	Begrepsavklaringer og avgrensinger i oppgaven	6
2	TEORETISK FORANKRING	8
2.1	Emosjonsprosessen	8
2.1.1	Vurdering	9
2.1.2	Mestring	11
2.2	Det følelsesmessige resultat: Frykt og angst som kvalitet og intensitet	12
2.2.1	Relasjonelle kjernetemaer for angst og frykt	12
2.2.2	Faktorer som påvirker intensitetsnivå ved frykt og angst	13
2.3	Frykt og angst i den preoperative fase	15
2.3.1	Preoperativ angst som egen kvalitet	15
2.3.2	Intensitet ved preoperativ angst og påvirkende faktorer	17
3	TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING	19
3.1	Forekomst av preoperativ angst	19
3.1.1	Instrumenter for måling av selvrapportert preoperativ angst	19
3.1.2	Generell forekomst av preoperativ angst blant dagkirurgiske pasienter	21
3.1.3	Forekomst av preoperativ angst blant undergrupper av dagkirurgiske pasienter	22
3.2	Begrunnelser for preoperativ angst	22
3.2.1	Miljømessige og organisatoriske forhold ved en dagkirurgisk avdeling	23
3.2.2	Kunnskap	26
3.2.3	Kirurgi og anestesi	27
3.2.4	Postoperative forhold	28
3.2.5	Målemetoder for begrunnelser for preoperativ angst	30
3.3	Oppsummering av litteraturgjennomgang	30
4	METODE	31
4.1	Design og metode	31

4.1.1	Survey.....	31
4.1.2	Enquête	31
4.2	Utvikling av spørreskjema.....	32
4.2.1	Litteraturgjennomgang	32
4.2.2	Operasjonalisering.....	34
4.2.3	Utforming av spørreskjemaets design	39
4.2.4	Pretest	40
4.3	Pilottest.....	41
4.3.1	Evaluering av spørreskjemaet.....	41
4.3.2	Studiens utvalg.....	42
4.3.3	Tilgang til forskningsfeltet	42
4.3.4	Datainnsamling	43
4.3.5	Analyse av data	44
4.4	Begrepsvaliditet	45
4.4.1	Systematiske målefeil.....	45
4.4.2	Tilfeldige målefeil.....	47
4.5	Forskningsetiske overveielser.....	48
4.5.1	Etiske overveielser i forhold til respondentene.....	48
4.5.2	Andre forskningsetiske overveielser	49
5	RESULTATER	50
5.1	Resultater fra utfylling av spørreskjema	50
5.1.1	Demografiske data	50
5.1.2	Forekomst av preoperativ angst	51
5.1.3	Sammenhengen mellom preoperativ angst og bakgrunnsvariablene	52
5.1.4	Begrunnelser for preoperativ angst og deres innbyrdes fordeling	53
5.2	Evaluering av rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyre og spørreskjema.....	55
5.2.1	Rekruttering og deltagelse	55
5.2.2	Utfylling av spørreskjema	55
5.2.3	Spørsmål	57
5.2.4	Svaralternativer	59
5.2.5	Spørreskjemaets design	59
5.2.6	Begrepsvaliditet	60

6	DISKUSJON	62
6.1	Utvalg	62
6.2	Evaluering av rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren	63
6.2.1	Rekruttering	63
6.2.2	Datainnsamlingsprosedyre.....	64
6.3	Evaluering av spørreskjemaets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål	65
6.3.1	Evaluering av spørreskjemaets del B	66
6.3.2	Evaluering av spørreskjemaets del C	74
6.3.3	Evaluering av spørreskjemaet tilknyttet mestring.....	85
7	KONKLUSJON.....	87
	LITTERATURLISTE.....	89
	VEDLEGG	

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1	Spørreskjema
Vedlegg 2	Evalueringsskjema
Vedlegg 3	Invitasjons og informasjonsskriv
Vedlegg 4	Søknad avdeling og forskningsutvalg
Vedlegg 5	Svar e-post fra avdelingsleder
Vedlegg 6	Registreringsskjema for forskningsprosjekter
Vedlegg 7	Søknad til personvernombud
Vedlegg 8	Instruks til rekrutteringsansvarlig
Vedlegg 9	Instruks til datainnsamlingsansvarlig
Vedlegg 10	Operasjonaliseringsskjema

Figuroversikt

Figur 1 Fordeling av respondentenes skår på VAS (n=20)	51
Figur 2 Belastningsgrad ved utfylling av spørreskjema (n=20).....	56
Figur 3 Evaluering av spørsmål (n=20).....	57
Figur 4 Evaluering av svaralternativer (n=20).....	59
Figur 5 Evaluering av spørreskjemaets design (n=20).....	59

Tabelloversikt

Tabell 1 Demografiske data for pilotstudiens utvalg (n=20).....	50
Tabell 2 Forekomst av preoperativ angst (n=20).....	52
Tabell 3 Sammenheng mellom kjønn og engstelse før operasjon (n=20)	53
Tabell 4 Begrunnelser for å være engstelig før en operasjon (n=20).....	54
Tabell 5 Indre konsistens for hovedområder av begrunnelser	60

1 INNLEDNING

Denne mastergradsoppgaven er en pilotstudie og del av et kvalitetsforbedrende prosjekt på en dagkirurgisk avdeling¹ ved et større sykehus. I studien har et spørreskjema blitt utviklet og utprøvd. Spørreskjemaet skal kartlegge forekomst av preoperativ angst hos pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi² på avdelingen og hvilke begrunnelser pasientene oppgir for dette.

1.1 Bakgrunn

Utgangspunktet for prosjektet var erfaring med preoperativ angst hos pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling, og et påfølgende ønske om å videreutvikle sykepleiepraksisen overfor disse. Pasientgruppen er avdelingens største (upublisert materiale fra egen avdeling). Sykepleiere på avdelingen er pliktig i å forebygge og lindre preoperativ angst hos pasientene da opplevelse av dette er ugunstig (Norsk Sykepleieforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere, 2005). Angst i forbindelse med kirurgi er påvist flere dager før operasjonen til dager og uker etter den, og allerede i 1958 beskrev Janis (1958) det operative inngrep som fremmede for psykologisk stress (Carr, Brockbank, Allen og Strike 2006; Johnson, 1980; Kanto, 1996). Det ser ut til at stress og angst i den preoperative fase, i kombinasjon med det konkrete inngrep, kan gi en fysisk stressrespons i kroppen som igjen kan forsinke sårheling og øke infeksjonsfaren (Montague, 1987; Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, MacCallum og Glaser, 1998; Lazarus, 1999; Levandovski, Ferreira, Hidalgo, Konrath, da Silva og Caumo, 2008; Seyle, 1978). Preoperativ angst er også assosiert med forlenget induksjonstid for anestesi, større behov for narkosemidler og postoperativ kvalme (Mitchell, 2003; Moerman og van Dam, 1995; Quinn, Brown, Wallace og Asbury, 1994). Det kan også se ut til at preoperativ angst kan påvirke kognitive evner og øke smerter postoperativt (Caumo et al, 2002; Moerman et al, 1995; Nyamathi og Kashiwabara, 1988; Scott, Clum og Peoples, 1983).

Ved utvikling av en forskningsbasert sykepleiepraksis anbefales det først å opparbeide en gjennomgående forståelse for fenomenet man ser på og de utviklingsarbeidet er rettet mot (Polit og Beck, 2008). I prosjektets oppstartsfase ble det raskt klart at man manglet svar på

¹ Avdelingen kalles heretter Dagkirurgisk avdeling. Dette er et fiktivt navn.

² Laparoskopisk kirurgi: En variant av kikkhullskirurgi/endoskopisk kirurgi som er inngrep hvor et endoskop og tilpassede instrumenter føres inn i kroppen gjennom lite innstikk i stedet for større snitt som ved åpen, vanlig kirurgi (Guttu, 2010; Øiri, 1992). Laparoskopisk form for kikkhullskirurgi er undersøkelse og inngrep i bukhalen der et endoskop og tilpassede instrumenter stikkes gjennom små hull i bukveggen (Øiri, 1992).

sentrale bakgrunnsspørsmål: Hvor mange av de aktuelle pasientene i avdelingen opplever preoperativ angst, og hvilke bakenforliggende faktorer bidrar til dette? Svar på slike bakgrunnsspørsmål ble vurdert som retningsgivende for hvilket omfang utviklingsarbeidet skulle ha og hvilke fokus som burde prioriteres når praksis skulle forbedres. Det ble vurdert som nødvendig å innhente egne svar på disse spørsmålene da forskningslitteraturen om preoperativ angst ble vurdert som vanskelig å anvende. For det første er forekomst for preoperativ angst er beskrevet med stor variasjon, alt fra 10 % til 80 % ettersom hvilken målemetode som er brukt (Kanto, 1996; Mitchell, 2003; Moerman et al, 1995). For det andre beskriver kvalitative og kvantitative studier en stor bredde og variasjon i hvilke bakenforliggende faktorer som bidrar til preoperativ angst, selv om flere studier har fremmet at kvinner har større risiko for å oppleve fenomenet enn menn (Caumo et al, 2001; Graham og Conley, 1971; Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl og Sheidegger, 2000; Mitchell, 2003; Moerman et al, 1995; Moerman, van Dam, Muller og Oosting, 1996; Kanto, 1996; Klufta og Roizen, 1996; Ramsay, 1972; Shafer, Fish, Gregg, Seavello og Kosek, 1996, Susleck et al, 2007; Wiens, 1998).

Størsteparten av studier der forekomst og bakenforliggende faktorer ved preoperativ angst er berørt, er for det tredje rettet mot operasjonspasienter som er innlagt for en periode på et sykehus, eller rettet mot pasienter med kreftproblematikk (ibid). Dette gjelder også for norske studier (Jacobsen, 2004; Kristoffersen, 1988; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik og Kåresen, 2004). Denne forskningslitteraturen er ikke nødvendigvis direkte overførbar til pasienter på Dagkirurgisk avdeling. Disse opereres for det første som følge av benigne gastrokirurgiske eller gynekologiske tilstander som gallesteinsplager, spiserørsbrokk, infertilitet, smerte i buk/genitalia eller menstruelle blødningsforstyrrelser. De har med andre ord i utgangspunktet ikke en potensielt dødelig diagnose å håndtere følelsesmessig ved siden av opplevelsen av å stå foran et inngrep, slik gjerne kreftpasienter har. Som dagkirurgiske pasienter møter pasientgruppen dessuten et annet behandlingsopplegg enn innlagte operasjonspasienter, og møtet med sykehuset kan derfor fortone seg annerledes (Mitchell, 1999; Toftegaard et al, 2006). Dette er fordi inngrep som gjøres på Dagkirurgisk avdeling er omfattende nok til å kreve anestesitilsyn og tilgang på avansert medisinsk- teknisk utstyr, men samtidig av en slik art at pasienten kan reise hjem operasjonsdagen. Pasientene ankommer avdelingen en halv til noen timer før de opereres. Tiden til kontakt med personalet og til kognitive og emosjonelle forberedelser før inngrepet, er relativt kort. Beroligende premedikasjon gis ofte ikke rutinemessig (Mitchell, 2003; Walker et al, 2008).

Som senere litteraturgjennomgang vil vise, har pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi i en norsk dagkirurgisk kontekst i liten grad fått uttrykke i hvilken grad de opplever preoperativ angst og hvorfor. I utenlandske dagkirurgiske populasjoner er problematikken beskrevet med stor variasjon. Samtidig ble egnede instrumenter for innhenting av svar på problemstillingen i sin helhet, ikke funnet. Det ble derfor vurdert som nødvendig å utvikle og pilotteste et eget spørreskjema til dette. En pilot tilsvarende en småskala prøvekjøring på en større tenkt studie for å fremstille og klargjøre den, slik at svakheter og feil ved valgte metode kan avdekkes (Polit et al, 2008). Å utforme og pilotteste et spørreskjema tilsvarende de første faser i utviklingsprosessen til en spørreskjemaundersøkelse (Haraldsen, 1999; Polit et al, 2008). Dette ble vurdert som passe i omfang til å utføre ved en masteroppgave.

1.2 Presentasjon av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å utvikle og pilotteste et spørreskjema som kartlegger forekomst av selvrapportert preoperativ angst hos pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling og begrunner pasientene oppgir for dette.

Studien er en del av det kvalitetsforbedrende arbeidet på Dagkirurgisk avdeling. Overordnet mål for ferdigutviklet spørreskjema er å hente inn opplysninger om temaet som kan bidra til å videreutvikle avdelingens sykepleiepraksis overfor pasienter med preoperativ angst.

1.2.1 Spørreskjemaets problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling danner grunnlag for spørreskjemaet:

Forskningslitteraturen viser at dagkirurgiske pasienter opplever preoperativ angst, og at pasientene oppgir ulike begrunnelser for dette. Ut i fra denne forskningslitteraturen: Hva er forekomsten av selvrapportert preoperativ angst hos pasienter som skal gjennom en laparoskopisk operasjon på Dagkirurgisk avdeling, og hvilke begrunnelser for preoperativ angst oppgir pasientene?

Ut i fra dette er følgende forskningsspørsmål utviklet:

- 1) Hva er forekomsten av preoperativ angst hos pasienter som skal igjennom laparoskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling?

- 2) Hvilken sammenheng finnes mellom forekomst av preoperativ angst og pasientenes bakgrunnsvariabler?
- 3) Hvilke begrunnelser oppgir pasientene for deres preoperative angst, og hvordan fordeles begrunnelsene innbyrdes?

I en senere survey kan besvarelse av forskningsspørsmål 1) og 2) si noe om hvor utbredt preoperativ angst er hos aktuelle pasientgruppe, og om noen undergrupper er spesielt utsatt for dette. Svarene kan brukes til å vurdere hvilket nivå videreutvikling av sykepleiepraksis i avdelingen bør legge seg på. Er omfanget så lite at dette bare trengs å rettes mot enkeltindivider, eller så stort at også en videreutvikling av rutiner på avdelingsnivå er nødvendig, for eksempel innen generell informasjonsformidling? Forskningsspørsmål 3) skal forsøke å gi en oversikt over de faktorer som pasientene selv mener kan bidrar til preoperativ angst. Dette kan gi indikasjon på hvilke områder som bør prioriteres innen det kvalitetsforbedrende arbeidet i avdelingen.

1.2.2 Pilotstudiens metodologiske målsetting

En pilotstudie kan ha ulike metodologiske hensikter (Lackey og Wingate, 1998; Polit et al, 2008). Første hovedmål for denne studien har vært å utvikle et spørreskjema. Dette har hovedsakelig blitt gjort ut i fra en teoribasert metode for spørreskjemaformidling, men også i noe grad ut fra skjønnsmessig vurdering og egen erfaring (se kapittel 4.2).

Andre hovedmål har vært å gjøre en innledende evaluering på hvor egnet spørreskjemaet er til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene med tanke på kvalitet i målingene. Dette har blitt gjort ved at 20 respondenter fylte ut spørreskjemaet og deretter evaluerte det i et påfølgende strukturert intervju. Dette gav resultater tilknyttet forskningsspørsmålene, spørreskjemaets begrepsvaliditet og hvordan det fungerte for respondentene å fylle det ut.

En vurdering av resultater tilknyttet forskningsspørsmålene ble anvendt for å se etter potensielle feilkilder i målingene, og for å avdekke eventuelle mangler og behov for endringer i spørreskjemaet. En vurdering av resultatenes samsvar med eksisterende teori og empirisk forskning ble brukt som hjelpemiddel i dette. Et slikt samsvar kan gi indikasjoner på troverdigheten til resultatene som spørreskjemaet produserer (Polit et al, 2008).

Undersøkelse av spørreskjemaets begrepsvaliditet er beskrevet i kapittel 4.4, og hovedsakelig basert på teori av Kleven (2002). Begrepsvaliditet er vurdert statistisk så langt som studiens utvalgsstørrelse og de innhentede datas fordeling på variablene i spørreskjemaet tillater det.

Spørreskjemaets fungering ved utfylling, ble undersøkt gjennom respondentenes tilbakemelding på om spørsmål, svaralternativer og instruksjoner var klare, om anvendte ord og begreper var vanskelig å forstå, om svaralternativer manglet og om spørreskjemaet var oversiktlig organisert (Haraldsen, 1999; Lackey et al, 1998; Polit et al, 2008; Solberg, 2008). Disse aspekter kan gi tolkningsproblemer hos respondentene, og således påvirke kvaliteten på målingene. Partielle frafall ble også undersøkt. Dette er om respondentene har unnlatt å svare på deler av spørreskjemaet, og kan indikere om spørsmålene var vanskelige å forstå, eller var forståelige, men vrirne å besvare (Haraldsen, 1999). Likeledes ble det undersøkt om spørreskjemaet inneholdt støtende, ubehagelige eller skremmende elementer (Lackey et al, 1998; Polit et al, 2008). Opplevelse av dette kan også påvirke respondentenes besvarelse.

Siste hovedmål har vært å evaluere datainnsamlingsprosedyren til en senere tenkt kartleggingsundersøkelse med spørreskjemaet (Lackey et al, 1998). Som det senere vil fremgå, kan datainnsamlingstidspunktet betraktes som en sårbar fase for respondentene. Derfor ble dette sett på som viktig. Datainnsamlingens gjennomførbarhet ble vurdert ut i fra tiden respondentene brukte på å fylle ut spørreskjemaet, om respondentene ble avbrutt i utfyllingen eller måtte trekke seg frivillig eller ufrivillig underveis og årsakene til dette (Lackey et al, 1998; Haraldsen, 1999). Belastningsgrad for respondentene ved utfylling og behov for ekstra oppfølging ble også undersøkt. Likeledes ble eventuelle rekrutteringsproblemer vurdert, selv om utvalgsprosedyren i seg selv ikke ble testet (Haraldsen, 1999). Andelen som takket nei til deltagelse ble undersøkt, samt andel avgang (deltagere som likevel ikke oppfylte utvalgskriteriene).

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven innledes i kapittel 1 med en presentasjon av pilotstudiens bakgrunn, hensikt og spørreskjemaets underliggende problemstilling og forskningsspørsmål, samt begrepsavklaringer og avgrensinger i oppgaven. I kapittel 2 vil preoperativ angst bli belyst gjennom teori om følelser utviklet av den amerikanske psykologen Richard S. Lazarus (1991, 1999). Tidligere publikasjoner av Lazarus og annen litteratur om operasjonspasienter vil

anvendes for å eksemplifisere og utdype momenter. Presentasjonen er ment å danne en underliggende teoretisk forankring for innholdet i spørreskjemaet. I kapittel 3 vil relevant forskningslitteratur for spørreskjemaets problemstilling gjøres rede for. Som problemstillingen indikerer vil innholdet i dette kapittelet danne grunnlag for innholdet i spørreskjemaet. Kapittel 4 beskriver pilotstudiens design, samt hvordan spørreskjemaet ble utviklet og pilottestet. Kapittel 5 presenter resultatene av pilottesten. Kapittel 6 diskuterer hovedfunn i pilottesten for å evaluere rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren, og for å vurdere hvor egnet det utviklede spørreskjemaet er til å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på målekvalitet. Kapittel 7 oppsummerer positive og negative erfaringer fra pilottesten, og konkluderer hva som bør gjøres videre.

1.4 Begrepsavklaringer og avgrensinger i oppgaven

Studiens hovedbegrep preoperativ angst kan innledningsvis beskrives ut i fra begrepets ordmessige sammensetning. Preoperativ indikerer hvilken type kontekst preoperativ angst som fenomen tilkjennegir seg i, ettersom ordet betyr ”som kommer før en operasjon” (Øyri, 1992, s. 633). Operasjon tilsvare et kirurgisk inngrep (Øyri, 1992). I denne studien tilsvare preoperativ den tidsmessige fasen og fysiske situasjon som en pasient er i når vedkommende ankommer Dagkirurgisk avdeling for å få bli operert, til vedkommende blir tatt inn på operasjonsstuen. Angst indikerer at fenomenet utgjør en bestemt type følelse. Ordet er definert som en sterk uro eller frykt, og er synonymt med engstelse, uro, nervøsitet, bekymring, fobi, beklemthet, beven, panikk, redsel og skrekk (Guttu, 2005). Operasjonspasienter har uttrykt preoperativ angst gjennom ord som disse (Wiens, 1998).

Teori av Lazarus (1991, 1999) er valgt som studiens teoretisk forankring. Preoperativ angst vil derfor tilsvare både frykt og angst slik Lazarus (1991, 1999) beskriver disse som resultat av emosjonsprosessen og som adskilte, men likevel tett forbundne følelser. Begge følelser inngår forøvrig i definisjonen av preoperativ angst da dette også passer med en praktisk pasientrelatert sammenheng. Det er erfart at pasienter kan ha vansker med å verbalisere og konkretisere sine følelsesmessige reaksjoner, og å skille mellom frykt og angst (Moesmann og Kjøllesdal, 2004). Følelsene brukes derfor gjerne om hverandre.

Lazarus’ (1991, 1999) teori er valgt for å belyse preoperativ angst da denne uttrykker viktige premisser i studiens problemstilling. Den gir en oversikt over utvikling og egenskaper ved

følelser som normalmenneskelige og subjektivt opplevde fenomener. I tillegg uttrykker teorien at menneskets sinn og adferd er et produkt av interaksjonen mellom variabler i det enkelte mennesket selv og i dets umiddelbare miljø. Dette er ikke bare en respons på miljøbestemte stimuli. Følelser erfares gjennom individets tenkning. De aktiveres på bakgrunn av hvordan en person oppfatter og vurderer det tilpasningsmessige samspill med miljøet, og hvordan vedkommende forholder seg til og håndterer dette.

To sentrale begreper i spørreskjemaets problemstilling avgrenser studiens fokus og bruk av Lazarus' (1991, 1999) teori: Forekomst av preoperativ angst tilsvarer andelen pasienter som oppgir å oppleve preoperativ angst i perioden fra de ankommer Dagkirurgisk avdeling til de blir tatt inn på operasjonsstuen (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2008). Opplevd preoperativ angst uttrykker, med Lazarus' (1991, 1999) terminologi, den intensitet av frykt og angst som pasienter oppgir å ha før operasjonen. Intensitet og faktorer av betydning for utvikling av intensitet ved frykt og angst vil derfor bli belyst. Begrunnelser for preoperativ angst er de forklaringer pasienter gir for at de opplever fenomenet, altså de bakenforliggende faktorer som de uttrykker at bidrar til dette (Guttu, 2005). Jamfør Lazarus (1991, 1999), er dette faktorer som vurderes som truende i situasjonen pasientene står i og leder til deres angst og frykt. Faktorene kalles trusler med Lazarus (1991, 1999) terminologi, og som elementer i emosjonsprosessen er de med på å forme frykt og angst som egne typer følelser. Frykt og angst som egne kvaliteter og resultat av emosjonsprosessen, vil derfor bli belyst. Som det senere vil fremgå, kan situasjoner som skaper preoperativ angst, også innebære elementer av utfordringer. Empirisk sett kan det være vanskelig å skille trusler og utfordringer fra hverandre. Relatert til pasienter/respondenter vil derfor både utfordringer og trusler belyses, og betegnes som begrunnelser for preoperativ angst.

I følge Lazarus (1991) kan følelser betraktes ut i fra observerbare og ikke-observerbare variabler. Denne studiens fokus er pasienters selvrapporterte preoperative angst. Følgelig er denne observerbare variabelen i fokus: "What people say about their emotions in reports of being angry, anxious, or proud ... describe the conditions generating an experienced emotion, or indicate the goals at stake or the beliefs that underlies their reactions..." (Lazarus, 1991, s. 43). Andre variabler, for eksempel handlinger og fysiologiske/biologiske reaksjoner, vil ikke belyses teoretisk eller måles i spørreskjemaet da oppgavens omfang er begrenset. Studien søker ikke å kartlegge alle årsakssammenhenger for preoperativ angst. Den betydning preoperativ angst kan ha for senere sosial fungering og helse, vil ikke bli belyst.

2 TEORETISK FORANKRING

Preoperativ angst vil nå belyses gjennom frykt og angst slik Lazarus (1991, 1999) beskriver følelsene. Følelsers utviklingsprosess vil gjøres rede for, før frykt og angst beskrives som resultat av denne prosessen. Til sist vil momenter i teorien relateres til den preoperative fase.

2.1 Emosjonsprosessen

Følelser som frykt og angst aktiveres ut i fra hvordan en person oppfatter og vurderer vedkommendes tilpasningsmessige samspill med miljøet, og med hvordan personen forholder seg til og håndterer dette (Lazarus, 1999). Følelsene utvikles med andre ord på basis av innhold og sammensetning av komponentene i en vurderings- og mestringsprosess. På bakgrunn av hvordan en person vurderer og mestrer det tilpasningsmessige samspillet med miljøet, konstruerer vedkommende fortløpende en mening i situasjonen personen er i. Denne meningen kalles en relasjonell mening, og sentrerer seg rundt betydningen som relasjonen mellom personen og miljøet har for vedkommendes trivsel og velvære. Når en person vurderer og mester sitt forhold til miljøet på en bestemt måte og skaper en relasjonell mening i situasjonen, vil dette resultere i en spesifikk følelse. Frykt og angst aktiveres, som andre typer følelser, ut fra egne, bestemte relasjonelle meninger, såkalte relasjonelle kjernetemaer.

Lazarus (1999) fremstiller emosjonsprosessen slik:

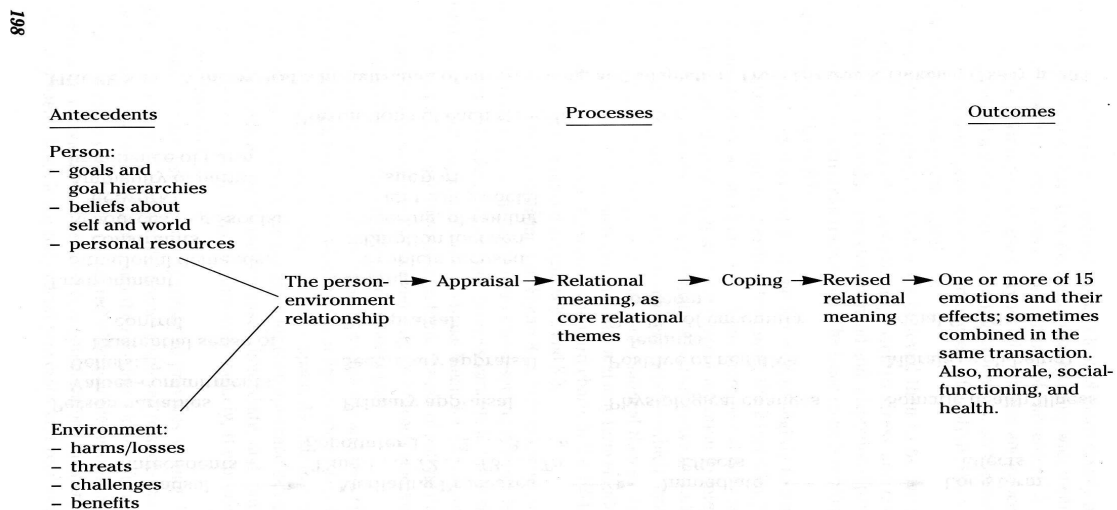


FIGURE 8.1b A revised model of stress and coping.

Lazarus (1999), s. 198

I følge Lazarus (1999) kan denne emosjonsprosessen endre seg fortløpende i tid og kontekst. Emosjonsprosessens komponenter kan påvirke hverandre i alle deler av systemet. Komponentene som danner vurderings- og mestringsprosessen er forskjellig fra person til person, og emosjonsprosessen er derfor helt individuell.

2.1.1 Vurdering

Lazarus' (1991, 1999) teori om vurdering inneholder antagelser om hva mennesker må tenke for å utvikle følelser som frykt og angst. Vurdering betegner en rekke kognitive handlinger som mennesker bevisst eller ubevisst utfører, samt resultatet av dette. Sammensetningen av vurderingskomponentene syntetiserer den relasjonelle meningen i situasjoner, og avgjør hvilke følelser som vil inntreffe hos et menneske.

Forutgående betingelser for vurdering

En vurdering foretas på bakgrunn av variabler i personen selv og i miljøet (Lazarus, 1999).

Personvariabler:

Mål og målhierarkier uttrykker hva som er viktig for personer (Lazarus, 1999). Om noe står på spill for en persons mål eller verdier, er det potensiale for utvikling av følelser. Personer rangerer hierarkisk de mål de har, og opplever ulik grad av forpliktelse for å oppnå dem.

Forestilling av seg selv og verden dreier seg om en persons oppfatning av seg selv og dets plass i miljøet, og former vedkommendes forventninger til hva som vil skje under møtet med omgivelsene, vurderinger på hva vedkommende må gjøre for å innfri de ulike mål, og hvilke omkostninger som kan knyttes til suksess og nederlag. Personlige ressurser er medfødte eller ervervede, og omfatter eksempelvis sosiale- og problemløsende ferdigheter, økonomi, støtte fra familie og kunnskap. Personlige ressurser påvirker vurderingen av en persons sjanse til å tilpasse seg sine omgivelser og evnen til å gjøre dette.

Miljømessige variabler:

Krav er implisitt eller eksplisitt press som utgår fra det sosiale miljø om å handle på bestemte måter og utvise sosialt korrekte holdninger, og kan være så internalisert i en person, at det kan være vanskelig å påpeke om presset kommer utenifra eller innenfra (Lazarus, 1999).

Begrensninger uttrykker hva personer ikke må gjøre, og straff kan medfølge brudd på disse

innskrenkningene. Muligheter uttrykker forhold i situasjonen som handler om heldig timing, eksempelvis om man makter å se de mulighetene som foreligger, eller greier å gjøre riktige ting på riktig tidspunkt. Kultur kan forme følelser hos mennesker når kulturelle verdier internaliseres til en del av det enkelte menneskets mål og verdier.

Primærvurdering

Tre forhold former primærvurderingen (Lazarus, 1999). En person vurderer først om det som skjer i en situasjon er målrelevant. Det vil si om noe står på spill, verdt å engasjere seg i, viktig for trivsel og velvære, og relevant for sentrale verdier, mål, forestillinger og situasjonsbestemte intensjoner. I tillegg vurderer personen om det som skjer i situasjonen målkongruent eller målinkongruent. Det vil si om er det som en person ønsker, eller om omstendighetene forpurrer realiseringen av mål og verdier.

Dersom målrelevans foreligger, vil det vurderes om kravene i situasjonen representerer alternativene gevinst, skade/tap, trussel eller utfordring (ibid). De tre siste er former for psykologisk stress som uttrykker at det er et forhold mellom person og miljø som personen vurderer som overskridende eller tærende på vedkommendes ressurser, og som setter vedkommendes opplevelse av trivsel og velvære i fare. Stressopplevelsen oppstår dersom det som skjer i situasjonen umuliggjør/truer viktige målsetninger, situasjonsbestemte hensikter eller kommer på tvers av betydningsfulle personlige forventninger. Ved skade/tap foreligger et reelt tap, eller en skade som allerede er inntruffet. Ved en trussel foreligger en potensiell mulighet for skade/tap, mens det ved en utfordring er negative forhold i situasjonen, men at det er her er mulig for vedkommende å overkomme dette og oppleve vekst og utvikling. Trussel og utfordring er rettet mot fremtiden, og kan empirisk sett være vanskelig å skille fra hverandre. En person kan oppleve en situasjon som både truende og utfordrende, samtidig eller i løpende relasjon til hverandre.

Primærvurderingen formes til sist av typen av jeg-involvering som engasjeres i samspillet med miljøet (ibid). Jeg-involvering er personlige forpliktelser og mål som inngår i en persons jeg-identitet. Sosial anseelse og selvverd er eksempler på slike forpliktelser.

Sekundærvurdering

Sekundærvurdering er evaluering av hvilke muligheter en person har for å mestre kravene i situasjonen og hvilke sjanser vedkommende har for å lykkes ved valg av ulike strategier (Lazarus, 1991, 1999). Sekundærvurderingen er derfor et kognitivt grunnlag for mestring. Sekundærvurderingen formes for det første av spørsmålet om skyld/fortjeneste, altså hva eller hvem er ansvarlig for skade/tap, trussel, utfordring eller gevinst (Lazarus, 1999). Denne vurderingen påvirkes av om situasjonen kunne blitt kontrollert av personen selv, eller om det skyldes forhold utenfor rekkevidde, samt om det ligger ondskapsfullhet/forsettighet bak. I tillegg vurderes mestringspotensialet i situasjonen, hvilke muligheter man har for å redusere eller eliminere en skade/trussel, klare en utfordring eller høste en gevinst. Til sist vurderes forventningene som vedkommende kan ha til utviklingen videre, om forholdet mellom person og miljø i den spesielle situasjon vil utvikle seg til det bedre eller verre.

2.1.2 Mestring

Mestring viser til et hva som gjøres for å møte kravene i en situasjon der forholdet mellom person og omgivelser er problematisk (Lazarus, 1999). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som "...constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus og Folkman, 1984, s.141).

Det er to hovedgrupper av mestringsstrategier, og i en situasjon vil som regel strategier fra begge anvendes (Lazarus et al, 1984, Lazarus, 1999). Når de stressende forholdene oppfattes som foranderlige og kontrollerbare, vil det være en hovedvekt av problemfokusede mestringsstrategier. Dette er konkrete handlinger rettet mot å løse det problematiske i forholdet mellom person og omgivelser, slik at situasjonen oppleves mer tilfredsstillende. Eksempler på dette er å søke informasjon og støtte. Følelsesfokusede mestringsstrategier er fremherskende ved motsatte situasjoner. De er tenkemåter som søker å regulere de følelsesmessige reaksjoner som kan knyttes til den problemfylte situasjonen som oppstår i samspillet med miljøet. Tenkemåtene søker å endre den relasjonelle mening som en person legger i situasjonen. Den reelle situasjon mellom person og miljø endres ikke. Bagatellisering av en situasjon er eksempel på dette.

Mestring influerer vurderingen gjennom tilbakemelding (feedback), og det er en overlapp mellom vurdering og kognitiv/følelsesfokusert mestring (Lazarus, 1991, 1999). Revurdering kan være en ny vurdering som gjøres i situasjonen som følge av ny informasjon fra miljøet eller fra personen selv, eller det kan være et kognitivt mestringsforsøk på å gi situasjonen en ny mening. Det kan være vanskelig å skille disse former for revurdering.

2.2 Det følelsesmessige resultat: Frykt og angst som kvalitet og intensitet

I følge Lazarus (1991, 1999) bør følelser som angst og frykt ses på som egne kvaliteter eller atskilte kategorier med eget innhold. Det som bestemmer følelsenes innhold er hvilket relasjonelt kjernetema som syntetiseres i den aktuelle situasjon. Følelsene kan representeres på en skala fra svak til sterk. Skalaen uttrykker følelsenes intensitet, med hvilken styrkegrad de fremkommer. Lazarus (1991,1999) betrakter skalaen som unipolar, hvor frykt og angst kan graderes fra lav til høy grad av intensitet. Følelsenes innhold endres ikke i forhold til deres representasjon på skalaen.

2.2.1 Relasjonelle kjernetemaer for angst og frykt

Frykt og angst er eksistensielle stressfølelser som er fokusert mot trusselen om framtidig skade (Lazarus, 1991, 1999). De er knyttet til trusler mot forestillinger, mål og verdier som går ut på hvem man er og står for, samt hvordan tilværelsen former seg for en. Følelsen er særlig knyttet til trusler mot den personlige identitet hva angår personlig sikkerhet, ens plass i verden og spørsmål om liv og død.

En person opplever frykt når vedkommende opplever å stå overfor en umiddelbar og overveldende konkret, ekstern og fysisk fare. Dette er fryktens relasjonelle kjernetema. Alle persepsjonene til pasienten vil domineres av den overhengende fare, skade eller tap. Følelsen kommer gjerne plutselig, og er kortvarig. Frykt er en mer primitiv følelse en angst, ettersom primærvurderingens jeg-involvering kan være fraværende eller irrelevant i den direkte utvikingen av denne følelsen (Lazarus, 1991).

Det relasjonelle kjernetemaet for angst defineres som det å stå ovenfor en uviss, eksistensiell trussel (Lazarus, 1999). Følelsen er en langsom, forventingsbetont, vag og diffus form for ubehag. Den er ikke bare en reaksjon på konkrete, eksterne farer, men innbærer også en

trussel mot den personlige identitet, hvem er en og hvor er en på vei hen, i verste fall trussel om død. Truslene mot ego-identiteten kan være abstrakte, symbolske og uklare, men oppfates som oftest som ekstern (Lazarus, 1991).

Ingen av komponentene i sekundærvurderingen peker seg særskilt ut i utviklingen av frykt og angst, men mestringspotensialet og fremtidsforventningene er preget av usikkerhet. Særlig ved angst er det usikkert hva som vil skje og når, og derfor har angst usikkerhet som et særlig kjennetegn.

2.2.2 Faktorer som påvirker intensitetsnivå ved frykt og angst

I teori av Lazarus (Lazarus et al, 1984; Lazarus, 1999) belyses faktorer som kan påvirke graden en person kan oppleve stressfølelser som angst og frykt. Faktorene inngår i både vurderings- og mestringsprosessen.

Faktorer i vurderingsprosessen

Nivå av angst påvirkes ut i fra hvilken grad en person vurderer seg som truet (Lazarus et al 1984; Lazarus, 1999). I følge Lazarus (1999) og Lazarus et al (1984) er forutgående person- og miljøvariabler, opplevelse av personlig kontroll og formelle miljøvariabler de faktorer som tydeligst fremstår som påvirkende til grad av trusselvurdering.

Individuelle forskjeller i de forutgående person- og miljøvariablene kan forklare hvorfor en situasjon kan føre til sterk frykt og angst hos en person, mens en annen vil vurdere den som mindre skremmende (Lazarus, 1999). Trusselnivået kan avhenge av forholdet mellom miljømessige krav i situasjonen og personens ressurser. For noen kan situasjonen innholde elementer av trussel, men likevel oppleves som en utfordring, fordi vedkommende opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å mestre kravene i situasjonen. For andre kan kravene i situasjon helt overgå ressursene vedkommende har til rådighet, og situasjonen kun oppleves som svært truende. Trusselnivået kan også avhenge hvor sentrale de mål og verdier som er truet i situasjonen er for personen, og hvilken grad av forpliktelse en person har for å imøtekomme disse (Lazarus et al, 1984; Lazarus, 1999).

Vurdert trusselnivå kan påvirkes av personers forestilling om personlig kontroll, altså grad av beherskelse og trygghet personer har i situasjoner. (Lazarus et al, 1984). Personlig kontroll kan være en stabil og personlig disposisjon. Dette en generell forestilling som uttrykker

hvilken grad personer antar at de kan kontrollere situasjoner og resultater av disse, og er en del av de forutgående variablene for vurdering. Personlig kontroll kan også være en situasjonsrelatert kontroll som handler om hvilken grad personer tror de kan forme eller influere en spesifikk, stressfull person–miljø- relasjon, eller kontrollere egne reaksjoner og følelser i situasjonen. Dette er knyttet til sekundærvurderingen. Lazarus et al (1984) mener også at det hovedsakelig er stressreduserende å oppleve kontroll. Trusselvurderingen kan likevel øke dersom det å ha kontroll kommer på tvers av måten man tenderer å konfrontere situasjoner på eller på tvers av andre forpliktelser eller mål.

Vurdert trusselnivå kan også påvirkes av formelle miljøvariabler som situasjonelle dimensjoner og tidsmessige faktorer, ved at de påvirker de forutgående person- og miljøvariablenes effekt på vurderingen (Lazarus, 1999). Den situasjonelle dimensjonen ny situasjon påvirker trusselnivået dersom situasjonen kan assosieres med skade eller fare, samtidig som personen ikke har fått oppfattet hendelsens mening eller betydning, eller har fått opparbeidet spesifikk kunnskap og ferdigheter til å mestre kravene i situasjonen, slik man hadde dersom den hadde vært velkjent (Lazarus et al, 1984; Lazarus, 1999). Høy grad av opplevd stress og angst er også forbundet med situasjoners forutsigbarhet som handler om sannsynligheten for at en hendelse vil forekomme. Uforutsigbarhet kan ha en lammende effekt på forberedende mestringsprosesser forut for hendelsen, og/eller gjøre forberedelse til alternative utfall av hendelsen vanskelig. Situasjoners tvetydighet er en situasjonell dimensjon som omfatter spørsmålet om informasjonen for å vurdere en situasjon er klar nok eller tilstrekkelig nok. Dimensjonen kan intensivere trusselopplevelse ved å begrense en persons opplevelse av kontroll.

Nærhet i tid er en av de tidsmessige faktorene som kan påvirke en persons trusselvurdering. Lazarus et al (1984) hevder at jo mer nært forestående en hendelse er jo mer intens og påtrengende blir en vurdering av en situasjon, særlig ved tegn til fare eller skade. Tidsmessig usikkerhet er en tidsmessig faktor som referer til å ikke vite når en hendelse vil skje, og er assosiert med høy grad av stress og angst når hendelsen er nært forestående og har indikasjon på fare/skade. Varigheten av en hendelse er assosiert med stress og fysisk og psykisk nedbryting av en person, når den går over lang tid. Til sist kan timing påvirke grad av trusselvurdering (Lazarus et al, 1984; Lazarus, 1999). For eksempel skjer dette om en hendelse inntreffer samtidig med andre stressende hendelser i en persons liv, eller om hendelsen passer i forhold til den fasen i livet man befinner seg i.

Faktorer i mestringsprosessen

Mestringsprosessen påvirker også graden av stress og stressfølelser i situasjonen, ettersom den er en mediator for det følelsesmessige resultat (Lazarus, 1999). I følge Lazarus (1999) kan en følelsesmessig tilstand endre seg i løpet av en stressende konfrontasjon, og retningen av forandringen avhenger av anvendte mestringsstrategi. God mestring handler om å velge de mest hensiktsmessige mestringsstrategiene i den spesifikke situasjon. Ved ineffektiv mestring vil stre SNNivået være høyt.

Personers mestring bestemmes delvis av en vedkommendes resurser, og delvis av restriksjoner som kan hindrer bruken av dem (Lazarus et al, 1984). Et høyt vurdert trusselnivå og høy grad av angst kan hemme effektiv bruk av ressurser og føre til ineffektiv mestring. Dette er fordi et høyt vurdert trusselnivå kan føre til overvekt i bruk av primitive og regressive former for emosjonelle strategier, samt defensiv adferd i situasjoner der også problemløsende mestringsstrategier burde vært anvendt. Personlige restriksjoner som internaliserte kulturelle verdier og tro som forskriver en viss adferd, eller personlighetsmessige svakheter som dårlige samarbeidsevner, kan også forhindre effektiv bruk av tilgjengelige ressurser. Miljøet kan også hemme mestring ved at det eksempelvis kan være konkurranse om begrensede ressurser eller ved at sosiale institusjoner/virksomheter ikke imøtekommer og understøtter enkeltpersoners mestringsforsøk, der slike situasjoner skulle tilsi det.

2.3 Frykt og angst i den preoperative fase

Preoperativ angst vil nå belyses ved å bruke noen eksempler fra eksisterende forskningslitteratur om temaet til å illustrere presenterte teori.

2.3.1 Preoperativ angst som egen kvalitet

Å oppleve frykt og angst før et kirurgisk inngrep, betyr som regel at en pasient opplever en konkret situasjon der følelsene av noe provoserende i vedkommendes konfrontasjon med sine omgivelser. Frykt og angst i den preoperative fase dreier seg normalt sett ikke om en stemning eller en følelsesmessig tilstand som inngår som en del av vedkommendes karaktertrekk, men kan ses på som en akutt og situasjonsbasert form for følelse (state anxiety) (Lazarus, 1991). I studier på operasjonspasienter har situasjonsbasert angst gått fra et høyt preoperativt nivå til et lavt nivå postoperativt, mens angst som kan knyttes til en persons

karaktertrekk (trait anxiety) har forblitt på samme nivå pre- og postoperativt (Auerbach, 1973; Martinez-Urrutia, 1972; Spielberger, Auerbach, Wadsworth, Dunn og Taulbee, 1973).

Integriteten, helsen, livet, fremtiden og velvære, er overordnede mål og verdier som operasjonspasienter ofte oppgir som relevante og satt på spill i en preoperativ setting (Caldwell, 1991b; Costa, 2001; Hankela og Kiikkala, 1996; Kristoffersen, 1988; Klafta et al, 1996; Markovic, Bandyopadhyay, Manderson, Allotey, Murray og Vu, 2004; Wiens, 1998). Bildet på hva operasjonspasienter kan oppleve som truende overfor sentrale mål og verdier, er bredspektret. Den forestående operasjon og narkose er eksempler på hva innlagte operasjonspasienter gjennomgående oppgir som truende (Kindler et al, 2000; Klafta et al, 1996; Kristoffersen, 1988; Wiens, 1998). Eksempelvis kan usikkerhet rundt resultatet av operasjonen, eller det å våkne opp igjen av narkosen, stå for en mulig forpurring av målsetning om å gjenvinne fysisk helse, eller i verste fall true livet. Slikt sett kan situasjonens mulighet for skade eller tap, samt usikre fremtidsforventninger, bidra til angst hos operasjonspasienten. Likeledes kan forstående smertefulle prosedyrer som innleggelse av venekanyler i forkant av narkosen, fremstå som en konkret faktor ved anestesi som skaper frykt ved å true pasientens velvære. Til sist kan preoperativ angst innebære at pasienten opplever å ikke ha de tilstrekkelige resurser til å møte kravene i den preoperative situasjon (Lazarus, 1999). Kunnskap om det operative inngrep og det perioperative forløp er eksempel på en ressurs som gjennomgående er oppgitt som viktig av operasjonspasienter, og som kan bidra til preoperativ angst dersom denne er mangelfull (Caldwell, 1991b; Hankela et al, 1996; Kristoffersen, 1988; Otte, 1996; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006; Walker, Brooksby, McInerney og Taylor, 1998; Wiens, 1998). I den preoperative fase kan pasientene bruke denne informasjon som problemfokuset mestringsstrategi til blant annet å orientere seg i et for mange ukjent miljø. Informasjon kan også brukes til å tilpasse seg avdelingens rutiner og andre krav, forventninger og begrensninger som følger med pasientrollen, samt til å planlegge situasjonen der og da og etter avreise fra avdelingen. Studier viser at pasienter ofte ikke får den informasjon de har behov for (Suhonen et al, 2006). Foruten av å gi pasienten følelsen av ikke å ha kunnskap nok til å møte kravene i situasjonen, kan manglende informasjon hemme deres evne til å se og handle i forhold til muligheter som foreligger, og vurdere fremtidsforventningene. Dette kan oppleves som truende, og bidra til usikkerhet og angst.

2.3.2 Intensitet ved preoperativ angst og påvirkende faktorer

I større studier på innlagte operasjonspasienter har cirka 25 prosent blitt målt til å ha høy grad av preoperativ angst (Caumo et al, 2001; Kindler et al, 2000). Clark (1993) har beskrevet angstnivå hos pasienter, og hevder moderat angst kan redusere en pasients evne til å uttrykke sine behov og ta i mot informasjon. Ved sterk angst er pasienten ikke i stand til å ta i mot informasjon, og mestringsevnen er svært dårlig.

Flere av de faktorer som Lazarus et al (1986) og Lazarus (1999) har beskrevet som betydningsfull for intensitetsutviklingen av følelser, er omtalt i forskningslitteratur om preoperativ angst. I flere kvalitative studier er personlig kontroll beskrevet som betydningsfull for operasjonspasienters perioperative opplevelse (Costa, 2001; Hankela et al, 1996; Susleck et al, 2007; Wiens, 1998). Personlig kontroll er i disse studiene knyttet til aspekter som tap og opprettholdelse av psykisk og fysisk kontroll, kontroll over tiden og det å overlate kontroll til andre. Av de formelle miljøvariablene, har ny situasjon, i form av ingen erfaring med anestesi eller kirurgi, blitt assosiert med preoperativ angst i større studier på innlagte operasjonspasienter (Kindler et al, 2000; Caumo et al, 2001). Manglende forutsigbarhet dessuten blitt beskrevet i forhold til usikkerhet rundt resultatet av det forestående inngrepet (Kristoffersen, 1988). Denne usikkerheten kan også bidra i intensitetsutviklingen. Blant tidsmessige faktorer er forskningslitteraturen ikke entydig om hvilken betydning operasjonens nærhet i tid har for intensitetsutviklingen av preoperativ angst. Grad av preoperativ angst har blitt målt til å øke jo nærmere operasjonstidspunktet pasienten var, men også blitt målt til å være den samme fra kvelden før til samme dag (Badner, Nielson, Munk, Kwiatowska og Gelb, 1990; Carr et al, 2006). Johnston (1980) fant at kun en mindre prosent av pasientene hadde maks grad av preoperativ angst samme dag som inngrepet.

Pasienters måter å mestre på har også vært studert i forhold til utvikling av stress og angst i den preoperative setting. Cohen og Lazarus (1977) fant at innlagte operasjonspasienter som aktivt oppsøkte informasjon, hadde lenger sykehusopphold og flere postoperative komplikasjoner enn de som unngikk dette. De diskuterer muligheten for at informasjonssøkere (vigilant copers) opplever høyere grad av stress og angst. Funnet understøttes av Miller og Mangan (1983) som fant at pasienter som aktivt oppsøkte informasjon (monitors) hadde et signifikant høyere nivå av stress og angst enn de som valgte å unngå dette (blunters). Redusert psykologisk stress ble også påvist der pasientene ble imøtekommet av helsepersonell med en informasjon som var konsistent deres måte å mestre

på. Pasienter med høyt informasjonsbehov fikk lavere grad av angst ved mye informasjon. Lankton, Batchelder og Ominskys (1977) hevder det ser ut til at omfangsrik informasjon kan indusere angst hos operasjonspasienter som ikke ønsker dette, og at informasjonen derfor bør tilpasses den enkelte.

3 TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING

Dette kapitlet danner grunnlag for innholdet i spørreskjemaet. Temaer i spørreskjemaets problemstilling er derfor i hovedfokus. Relevante målemetoder anvendt i tidligere forskning på temaene vil også bli belyst da kartlegging av dette er anbefalt ved utvikling av spørreundersøkelser (Polit et al, 2008). Forskningsartikler fra denne studiens litteratursøk utgjør hovedinnholdet i kapitlet. For å klargjøre eller utdype ulike momenter, er annen forskningsbasert litteratur anvendt. Denne litteraturen er funnet gjennom referansesøk i litteratursøkets artikler og i masterstudiets pensum.

3.1 Forekomst av preoperativ angst

3.1.1 Instrumenter for måling av selvrapportert preoperativ angst

Litteratursøket viste at det finnes en rekke målemetoder for å måle dagkirurgiske pasienters selvrapporterte preoperative angst. Målemetodene har vært utviklet eller brukt til å kartlegge forekomst, risikofaktorer og konsekvenser av preoperativ angst, til å måle effekten av ulike angstreduserende metoder, til å måle pasienters angstnivå for å finne de med behov for ekstra preoperativ støtte som, og for å sammenlikne ulike målemetoder for preoperativ angst (Badner et al, 1990; Caldwell, 1991a; Crocket, Gumley og Longmate, 2007; Domar, Everett og Keller, 1989, Gardener, Nnadozie og Davis, 2005; Mackenzie, 1989; Gupta, Larsen, Sjöberg og Lennmarken, 1994, Moerman et al 1996; Mitchell, 2003; Lindén og Engberg, 1995; Nyamathi et al, 1988, Rosén, Svensson, og Nilsson, 2008; Vogelsang, 1988; Wetsch et al, 2009; Winston, Parris, Matt, Jaimison og Maxson, 1988).

De neste underkapitler vil kun belyse målemetoder og forekomst av preoperativ angst i forhold til Visuell analog skala og Spielberger State-trait Anxiety Inventory. Dette er de to mest anvendte metodene for måling av preoperativ angst blant operasjonspasienter (Kanto, 1996; Mitchell, 2003).

Spielberger State-trait Anxiety Inventory

Spielberger State-trait Anxiety Inventory (heretter benevnt som STAI) er et validert instrument som består av to spørreskjema med 20 ledd hver som måler angst som en stabil disposisjon i en persons karaktertrekk (trait anxiety) og som situasjonsrelatert angst (state

anxiety) (Spielberger, Gorsuch og Lushene, 1970). I hvert spørreskjema bes respondentene om å indikere i hvilken grad ulike utsagn beskriver deres angst på en fire punkts Likert-skala. Summen av leddenes skår går fra 20 til 80, og har vært tolket på forskjellige måter. Flere studier på innlagte pasienter har anvendt skår over 45 som uttrykk for høy grad av angst (Kindler et al, 2000; Millar, Jellicic, Bonke og Asbury, 1995; Vogelsang, 1988,). I studier på dagkirurgiske pasienter kategoriserte Nyamathi et al (1988) sine skår i lav (20-33), moderat (34-47) og høy (48-60) angst, og Moerman et al (1996) anvendte skår fra og med 46 som referansepunkt for å avdekke tilfeller av preoperativ angst. STAI (state) har vært anvendt som ”gullstandard” i valideringen av andre instrumenter som måler preoperativ angst (Kindler et al, 2000; Vogelsang, 1988; Moerman et al, 1996).

Visuell analog skala

Visuell analog skala (heretter benevnt som VAS) har vært anvendt i mange tiår som metode for å måle subjektivt opplevde fenomener som smerter og angst (Wewers og Lowe, 1990). VAS består av en rett linje mellom to endepunkter. Endepunktene kan representere to motsatte egenskaper, eller være opplevd nivå av et fenomen fra ingenting til ekstremt. Dette gjør VAS til henholdsvis en bi- eller unipolar skala. Personer responderer på VAS ved å markere på linjen hvilken posisjon mellom de to endepunktene som best passer med nåværende oppfattelse fenomenet. VAS har tradisjonelt bestått av en enkel 100 mm horisontal linje, men metoden er beskrevet i ulike varianter (Polit et al, 2008; Wevers et al, 1990). Eksempel på dette er ”Numeric rating scales” (Wewers et al, 1990, s.229) der en standard VAS er markert med tall fra eksempelvis 1 til 20 (Wewers et al, 1990). Det finnes ingen norm for skår på VAS ved måling av intensitetsgraden for preoperativ angst, men skår over 60 er foreslått som område for høy angst (Millar et al, 1995). VAS har i flere studier på innlagte operasjonspasienter vist seg å korrelere med målinger av preoperativ angst gjort med STAI (Elkins, Staniunas, Rajab, Marcus og Snyder, 2004; Boker, Brownell, og Donen, 2002; Kindler et al, 2000; Millar et al, 1995, Vogelsang, 1988,). I studier på dagkirurgiske pasienter har ulike varianter av VAS vært anvendt (Mackensie, 1989; Gupta et al, 1994; Rosén et al, 2008; Wetsch et al, 2009).

3.1.2 Generell forekomst av preoperativ angst blant dagkirurgiske pasienter

Forekomsten pasienters selvrapporterte preoperative angst varierer etter hvilke målemetoder som er brukt, hvordan disse er brukt og hvordan resultatene er tolket.

I en rekke studier der STAI er anvendt, har gjennomsnittelig angstnivå hos dagkirurgiske pasienter ligget på et moderat nivå ut i fra tolkningen til Nyamathi et al (1988) (Badner et al, 1990; Caldwell, 1991a; Domar et al, 1989; Gardener et al, 2005; Nyamathi et al, 1988; Wetsch et al, 2009). Studiene viser at en viss andel av dagkirurgiske pasienter har en høy grad av angst, dersom en legger tolkningen til Vogelsang (1988), Millar et al (1995) og Kindler et al (2000) til grunn. Hos Nyamathi et al (1988) falt eksempelvis 25 % av skåringene innenfor dette området, mens 20 % hadde skår over 50 i Caldwells (1991a) studie. Svakheten ved disse to studiene er at de er små med henholdsvis 60 og 69 pasienter. I Moerman et al (1996) sin studie hadde i midlertidig 32 % av hele 320 pasienter skåringer fra 46 og oppover. Dette tallet ble i midlertidig kun tolket og rapportert som påviste tilfeller av preoperativ angst.

Det er vanskeligere å beskrive selvrapportert preoperativ angst målt med VAS, fordi de anvendte skalaene er forskjellige. Det ser likevel ut til at resultatene i disse studiene spriker i noe større grad enn de målt med STAI. Studien til Lindén et al (1995) studie hadde litteratursøkets laveste gjennomsnittsskår med 2,8 (SD 2,17) på en skala fra 1 til 10. Her oppga 39 % av 105 pasienter at de ikke hadde angst, mens 42 % oppga mild grad av angst, ubehag eller uro (skår fra 2-5). Dette indikerer en lav forekomst av fenomenet i denne populasjonen. Svakheten ved studien er dens retrospektive design. VAS ble fylt ut inntil 14 dager etter operasjonen, noe som kan hindre en korrekt gjengivelse av situasjonen, særlig blant eldre pasienter med hukommelsesvansker. Den høyeste forekomsten av selvrapportert preoperativ angst mål med VAS som ble funnet, ble rapportert av Gupta et al (1994). Disse rapporterte ingen gjennomsnittsskår, men oppga at 62 % av deres 290 pasienter hadde skåringer på 6 eller mer på en skala fra 1 til 10. Forekomsten støttes av at nesten 50 % ytret ønske om premedikasjon for å lette angsten.

3.1.3 Forekomst av preoperativ angst blant undergrupper av dagkirurgiske pasienter

Forekomst av preoperativ angst er beskrevet i forhold til undergrupper av flere studiers utvalg. Det ser for det første ut til at kvinnelige dagkirurgiske pasienter opplever høyre grad av preoperativ angst enn menn (Domar et al, 1989; Mackensie, 1989; Moerman et al, 1996; Nyamathi et al, 1988). I flere studier har denne forskjellen vært signifikant.

Det er mer sprikende funn hva gjelder sammenhengen mellom preoperativ angst og type operasjon. I flere av studiene ble ikke funnet noe signifikant korrelasjon (Caldwell, 1991a; Domar et al, 1989; Moerman et al, 1996; Nyamathi et al, 1988). Det er likevel rapportert et høyere angstnivå hos gynekologiske pasienter (Gupta et al, 1994; Nyamathi et al, 1988). Hos Nyamathi et al (1988) var dette funnet signifikant.

Pasienter har også vært gruppert i forhold til alder, tidligere erfaring med anestesi og kirurgi, utdanning, yrke, anestesi og diagnose. Disse gruppene har i varierende grad blitt vurdert i forhold til preoperativ angst. Få signifikante korrelasjoner har blitt påvist. Liten erfaring med kirurgi og anestesi har til en viss grad blitt assosiert med preoperativ angst (Caldwell, 1991a; Mackenzie, 1989; Moerman et al, 1996; Nyamathi et al, 1988; Domar et al, 1989). Mackenzie (1989) påviste en trend der grad av preoperativ angst sank med stigende alder. En liknende svak, men signifikant korrelasjon fant også Nyamathi et al (1988).

3.2 Begrunnelser for preoperativ angst

Dagkirurgiske pasienters selvrapporterte begrunnelser for preoperativ angst, viser et bredspektret bilde av hva som kan bidra til følelsen hos pasienter forut for en dagkirurgisk operasjon. Hos den enkelte pasient kan trusselbildet være komplekst, ettersom flere enn én av disse faktorene ofte ser ut til å bidra til pasientens preoperative angst (Caldwell, 1991b; Mackenzie, 1989; Mitchell, 2000).

Dette kapitlets gjennomgang av begrunnelser er bygget opp av resultater fra kvantitative, men mest kvalitative, utenlandske studier. De fleste har en annen hovedhensikt enn å belyse begrunnelser for preoperativ angst. Mange av begrunnelsene er funnet i studier om pasienters tilfredshet, opplevelse eller erfaring med dagkirurgisk behandling og pleie generelt, eller ved å gjennomgå et spesielt dagkirurgisk inngrep (Barthelsson, Lützen, Anderberg, Bringman og Nordström 2003a; Barthelsson, Lützen, Anderberg, og Nordström, 2003b; Costa, 2001;

Gilmartin og Wright, 2008; Markovic et al, 2004; Markovic, Bandyopadhyay, Vu og Manderson, 2002; Otte 1996; Rhodes, Miles og Pearson, 2006; Williams, Ching og Loader, 2003). Begrunnelser er også funnet i en større survey med fokus på pasienters kunnskap, holdninger og bekymringer vedrørende anestesi (Shevde og Panagopoulos, 1991), i en eksperimentell studie der et informasjonsformidlingsprogram ble utprøvd (Mitchell, 2000), i en studie hvor forholdet mellom dagkirurgiske pasienters informasjonsbehov og stress og mestring ble forsøkt kartlagt (Caldwell, 1991a, 1991b), og i en studie hvor nytten av et informasjonsprogram, samt forholdet mellom pasienters informasjonsbehov og oppfatning av personlig kontroll, ble forsøkt kartlagt (Mitchell, 1997). Til sist ble begrunnelser funnet i to studier med hensikt å kartlegge angstnivåer hos dagkirurgiske pasienter, hvorav den nyeste av disse også søkte å kartlegge bakenforliggende faktorer for pasientenes følelsesmessige tilstand (Mackenzie, 1989; Rosén et al, 2008).

De begrunnelser som nå presenteres, danner basis for spørreskjemaets del C. Som allerede beskrevet kan det som kan betraktes som en utfordring for en person, være en trussel for en annen, og omvendt. Alle former for begrunnelser for preoperativ angst som er funnet i litteraturgjennomgangen, vil derfor omtales i denne presentasjonen. Begrunnelsene er likevel selektert ut i fra noen kriterier. De må være relevante for studiens utvalg og for miljømessige og organisatoriske forhold på Dagkirurgisk avdeling. Begrunnelsene er organisert etter innhold ut i fra en skjønnsmessig vurdering.

3.2.1 Miljømessige og organisatoriske forhold ved en dagkirurgisk avdeling

Denne hovedgruppen av begrunnelser omfatter forhold som direkte kan knyttes til den dagkirurgiske avdeling, og som kan bidra til preoperativ angst.

Ventetid

Ventetid referer her til tiden fra pasienten ankommer den dagkirurgiske avdelingen til vedkommende blir tatt inn på operasjonsstuen. Ventetid er identifisert som et problem innen dagkirurgisk praksis (Rhodes et al, 2006). Dagkirurgiske pasienter har uttrykt at de blir stresset, engstelig, urolig eller bekymret av å vente lenge, og at angsten øker med lengden på ventetiden (Caldwell, 1991b; Gilmartin et al, 2008; Markovic et al, 2002; Otte 1996; Williams et al, 2003). Det er også uttrykt at kort ventetid før operasjonen kan gi mulighet til å håndtere

preoperativ angst uten å måtte be om beroligende medisiner (Barthelsson et al, 2003a). Disse kvalitative funnene kan understøttes med resultater fra Mitchells (2000) studie. Her oppga 44 % av 120 gynekologiske pasienter at ventetid i den dagkirurgiske avdelingen bidro til angst preoperativt.

Truet privatliv

Dagkirurgiske pasienter har uttrykt angst og bekymring som følge av manglende privatliv i den preoperative fase, og pasientenes behov for å bevare integritet og verdighet ved å kontrollere informasjon andre har om dem, har vært opplevd som stått i fare for krenkelser (Gilmartin et al, 2008, Rhodes et al, 2006; Williams et al, 2003). Noen har uttrykt nervøsitet for å blotte seg fysisk for andre medpasienter i det preoperative venterommet, for eksempel ved at ikke sykehustøyet ikke var tilstrekkelig tildekkende (Gilmartin et al, 2008). Det preoperative venterom har også blitt opplevd som for lite og fullt, slik at medpasienter har fått mulighet til å høre innhold i deres samtaler med legen og andre (Williams et al, 2003). I en survey med 800 inneliggende og dagkirurgiske pasienter graderte 6 % seg som ekstremt eller veldig bekymret preoperativt for å blotte personlige forhold (Shevde et al, 1991). Dette var laveste plassering i en liste med til sammen 20 forhold som pasientene ble bedt om å vurdere.

Separasjon fra pårørende

Det kan se ut til at noen operasjonspasienter bruker støtte fra pårørende som mestringsstrategi i den perioperative setting (Costa, 2001; Kristoffersen, 1988; Markovic et al, 2004, Moene, Bergbom og Scott, 2005; Wiens, 1998). På flere dagkirurgiske avdelinger bes den som følger pasienten, gjerne partner eller signifikant annen, om å forlate avdelingen før pasienten opereres. Denne separasjonen har noen pasienter opplevd som smertefull og medvirkende til angst (Costa, 2001; Markovic et al 2004). Rhodes et al (2006) fant at nærvær av signifikante andre kan redusere stress og angst, og øke pasienttilfredsheten. I Mitchells (2000) studie ble separasjon fra ektefelle målt som faktor for preoperativ angst. Begrunnelsen var blant faktorene med lavest skår.

Sykehusmiljø

Det fysiske miljø i den dagkirurgiske avdeling kan se ut til å virke truende på noen pasienter. I studien til Markovic et al (2004) har pasienter uttrykt det som skremmende å måtte gå på egne

ben inn på operasjonsstuen og med dette se lokalene instrumenter, operasjonslamper og annet medisinsk-teknisk utstyr. Forfatterne ser på dette som en kontekstuell faktor for preoperativ angst som gjelder for dagkirurgiske pasienter spesielt. At pasientene selv går inn på operasjonsstuen, i stedet for å bli kjørt i seng eller rullestol slik det gjerne gjøres med innlagte operasjonspasienter, er erfaringsmessig en praksis som gjerne utføres i dagkirurgiske avdelinger, også ved Dagkirurgisk avdeling. I refererte studie er slik praksis begrunnet med at dette i større grad vil kunne gi pasienten følelse av kontroll og bidra til normalisering av situasjonen (Markovic et al, 2004). Forfatterne ser samtidig at praksisen kan gi en oppmerksomhet på operasjonsavdelingen som fysisk miljø som pasienten vanskelig kan unnslipe, for eksempel ved å lukke øynene dersom dette er skremmende.

Markovic et al (2004) har også beskrevet sykehusmiljøet generelt som begrunnelse for preoperativ angst, men har ikke utdypet dette. Shevde et al (1991) har heller ikke definert innholdet i begrepet, men 22% av deres 800 pasienter graderte seg som ekstremt eller veldig nervøse for sykehusmiljøet.

Helsepersonell

Forhold som pasienten kan oppleve vanskelig i møtet med den dagkirurgisk avdelingens personale, kan utgjøre en trussel i den preoperative setting. Dagkirurgiske pasienter har for det første uttrykt bekymring for kompetansen til helsepersonellet de møter (Caldwell, 1991b). Dette gjelder ikke bare for kirurgen som skal operere dem, men for hele det kirurgiske teamet. Pasientene har uttrykt at de er opptatt av behandling og pleie gjøres riktig, og at tilliten til helsepersonellet er viktig for å føle seg trygg. Shevde et al (1991) målte grad av bekymring preoperativt i forhold til ansvarlig anestesilege, og henholdsvis 45 % og 43 % av de 800 pasientene oppgav ekstrem eller veldig høy grad av bekymring for anestesilegens kvalifikasjoner og erfaring.

I litteraturen er det også beskrevet at dagkirurgiske pasienter har opplevd forvirring og angst grunnet svikt i helsepersonellets kommunikasjon og samhandling med pasientene, og at dette har påvirket pasientenes tilfredshet med dagkirurgisk behandling og pleie (Gilmartin et al, 2008; Marcovic et al, 2004; Otte 1991; Rhodes et al, 2006; Shevde et al, 1991; Williams et al, 2003). Dette gjelder ikke bare i den preoperative fase, men under hele oppholdet. Pasientene har uttrykt opplevelse av at helsepersonalet har brukt lite tid på vise interesse for dem, anerkjenne dem som individer, etablere personlige relasjoner og samtale med dem, slik at de

har kunnet utrykke sine individuelle behov, og få tilstrekkelig psykisk støtte og informasjon. Ord som ”et nummer i rekken”, ”inn og ut” og ”personale som travelt rusker fra pasient til pasient” har farget pasientens kommentarer om helsepersonellens pasienthåndtering og kommunikasjon (Markovic et al, 2004; Otte, 1996). Markovic et al (2004) påpeker at dette er forhold som kan knyttes til den dagkirurgiske setting. Her skal pasientene gjennom behandlingssystemet på en effektiv og rask måte. Helsepersonellens samhandling med pasientene og imøtekomning av individuelle behov, kan lide under dette.

3.2.2 Kunnskap

Kunnskap referer her til viten og innsikt om ens situasjon som dagkirurgisk operasjonspasient (Guttu, 2005). Dagkirurgiske pasienter har påpekt flere aspekter ved dette som problematisk i den preoperative setting. For det første har dagkirurgiske pasienter uttrykt engstelse på grunn av manglende erfaring med denne type situasjon og frykten for det ukjente i den (Caldwell, 1991b; Otte, 1996; Rosén et al 2008). Shevde et al (1991) fant at 25 % av deres 800 pasienter graderte seg som ekstremt eller veldig bekymret for det ukjente i den preoperative situasjon. Bekymring og angst for å føle seg uforberedt i møtet med det forestående inngrepet, har også vært uttrykt av dagkirurgiske pasienter (Caldwell, 1991b; Otte, 1996; Rhodes et al, 2006). Med dette har pasientene uttrykt bekymring for å ikke vite hva kan forvente i situasjonen, og om de har de har fått nok informasjon og undervisning på forhånd. Det innebærer også bekymring for at man har fått for mye standardinformasjon, og for lite informasjon knyttet til ens egen operasjon. Mangel på kunnskap og informasjon har dessuten bidratt til at pasienter har uttrykt at det har vært vanskelig å artikulere egne behov og stille de rette spørsmålene. De har følt engstelse ved dette.

Dagkirurgiske pasienter har beskrevet informasjon fra helsepersonell som beroligende, og opptil 80 % er funnet positive til å motta dette (Gilmartin et al, 2008; Moerman et al, 1996). Samtidig har noen dagkirurgiske pasienter uttrykt at de synes de har fått for mye informasjon og blitt nervøse av dette (Caldwell, 1991b). Moerman et al (1996) fant at hele 17 % av deres 320 dagkirurgiske pasienter tilhørte gruppen som unngår informasjon. Det kan se ut til at grad av informasjonsbehov influerer preoperativ angst hos dagkirurgiske pasienter, men resultatene er ikke entydige. Moerman et al (1996) fant at de med høyt informasjonsbehov hadde høy grad av angst, noe som stemmer med tidligere studier på innlagte operasjonspasienter (Cohen et al, 1977, Miller et al, 1983). Caldwell (1991a) kom til motsatte resultat, men denne studien

omfattet kun 69 pasienter. Mitchell (2000) fant at de pasienter med høyt informasjonsbehov som fikk enkel informasjon, hadde høyere grad av angst enn de som fikk utvidet informasjon.

3.2.3 Kirurgi og anestesi

Kirurgi referer til begrunnelser som kan knyttes direkte til det operative inngrepet, mens anestesi rommer begrunnelser knyttet til det å få bedøvelse (Øiri, 1992). I litteraturen om dagkirurgiske pasienter har preoperativ angst blitt beskrevet i forhold til underliggende aspekter ved kirurgi og anestesi, men også til kirurgi og anestesi som egne variabler. I flere studier har anestesi blitt målt som den fremste årsaken for preoperativ angst, men dette er ikke gjennomgående (Mitchell, 1997, 2000). I Mackenzies (1989) studie var andelen som var bekymret for operasjon eller både operasjon og anestesi, større enn de som var redde for kun anestesi, og ingen signifikante forskjeller i grad av preoperativ angst ble funnet hos dem som oppgav operasjon eller anestesi som begrunnelse.

En rekke underliggende aspekter ved kirurgi er beskrevet som begrunnelse for preoperativ angst. Pasienter har uttrykt at de er engstelig for diagnosen de har og hva den kan føre til (Barthelson et al, 2003b). Det er også uttrykt engstelse for typen operasjon man skal i gjennom og for at noe går galt under operasjonen, samt frykt for det å bli skjært i (Barthelson et al, 2003b; Caldwell, 1991b; Costa, 2001; Rosén et al, 2008,). Resultatet av operasjonen er også av betydning (Caldwell, 1991b; Costa, 2001; Markowic et al, 2004; Mitchell, 2000; Rosén et al, 2008). Pasienter har uttrykt engstelse for hva kirurgen vil finne, om operasjonen var suksessfull og om komplikasjoner som infeksjoner vil oppstå.

Når det gjelder anestesi har mange pasienter uttrykt at de har vært redde for å dø av narkosen eller å ikke våkne opp igjen fra den etterpå (Costa, 2001; Gilmartin et al, 2008; Markowic et al, 2004; Rosén et al, 2008). I undersøkelsen til Shevde et al (1991) svarte 35 % av 800 pasienter spontant at de fryktet å ikke våkne igjen etter narkosen. Det har også vært uttrykt usikkerhet og angst til om man kan våkne opp under narkosen eller kjenne smerte (Gilmartin et al, 2008; Mitchell, 1997; Rosén et al, 2008). Hos Shevde et al (1991) graderte henholdsvis 25 % og 20 % av pasientene seg som ekstremt eller veldig bekymret for å våkne under operasjonens og kjenne smerte underveis. Forøvrig har noen pasienter uttrykt frykt for smertefulle stikk ved sprøyter og innleggelse av kanyler (Rosén et al, 2008). Hos Shevde et al (1991) rangerte 13 % dette som begrunnelse for ekstrem eller veldig mye bekymring preoperativt. Ellers har dagkirurgiske pasienter har uttrykt angst preoperativt for tap av

psykisk og fysisk kontroll (Costa, 2001). Tanken på å ikke kunne kontrollere kroppen og å føle seg koblet fra den, er utsagn som illustrerer dette. Det å være bevisstløs som følge av narkosen har dessuten blitt kartlagt (Mitchell, 1997, 2000; Shevde et al, 1991). Denne begrunnelsen ble rangert på moderat til lavt nivå i disse studiene. Til sist har tidligere negativ erfaring med narkose blitt uttrykt som begrunnelse for preoperativ angst (Caldwell, 1991b). Som beskrevet har dette aspektet blitt vurdert som risikofaktor for fenomenet (Badner et al, 1990; Mackenzie, 1989). De med tidligere negativ erfaring med anestesi, har hatt høyere grad av angst enn de med uproblematisk erfaring.

3.2.4 Postoperative forhold

Postoperative forhold referer til vanskeligheter som pasienten ser muligheten for å oppleve i tiden etter operasjonen, på avdelingen eller hjemme, og som derfor kan oppleves som truende.

Postoperative smerter

Postoperative smerter er forholdet etter operasjonen som i størst grad er uttrykt som begrunnelse for preoperativ angst hos dagkirurgiske pasienter (Caldwell 1991b; Costa, 2001, Gilmartin et al, 2008, Rosén et al, 2008). Foruten de umiddelbare smertene rett etter operasjonen, er det også uttrykt bekymring for smerter og for en adekvat smertebehandling etter hjemreise. Disse kvalitative funnene støttes opp av kvantitative. Bekymring for å oppleve smerte postoperativt dominerte svarene til de dagkirurgiske pasientene i studien til Shevde et al (1991). Eksakt prosentandel hos bare de dagkirurgiske pasientene er ikke oppgitt, men henholdsvis 34 % og 28 % av deres totalt 800 pasienter graderte seg som ekstrem eller veldig bekymret for smerter og smertebehandlingen postoperativt. Disse tallene samsvarer med resultatene til Mitchell (2000).

Postoperativ kvalme

Muligheten for å oppleve kvalme og oppkast etter operasjonen er også uttrykt som bekymring blant dagkirurgiske pasienter (Caldwell, 1991b; Gilmartin et al, 2008; Rosén et al, 2008). De kvantitative funnene er ikke like støttende som for smerter. Hos Shevde et al (1991) oppgav 22 % bekymring for postoperativ kvalme, mens muligheten for dette var blant faktorene med lavest skår i Mitchells (2000) studie.

Tid på postoperativ avdeling

Dagkirurgiske pasienter skal reise hjem etter en viss tid på postoperativ avdeling, og bekymring for å ikke få nok tid til å komme seg før de skal hjem har vært uttrykt (Caldwell, 1991b). Mitchell (2000) rapporterte denne begrunnelsen som en av faktorene med lavest skår.

Avstand til sykehus

Noen dagkirurgiske pasienter har uttrykt at de opplever å ha lang reiseavstand tilbake til sykehuset etter operasjonen, og at dette bekymrer dem (Caldwell, 1991b). Dette er fordi tilgjengeligheten for rask hjelp og pleie med dette vil være redusert dersom postoperative komplikasjoner skulle oppstå. Denne begrunnelsen er ikke funnet målt i kvantitative studier.

Sosiale forhold

Sosiale forhold etter hjemkomst har også vært uttrykt som begrunnelse for preoperativ angst blant dagkirurgiske pasienter. Dette kan ses i Caldwell's (1991b) studie der noen dagkirurgiske pasienter har ytret bekymring for å være avhengige av andre når de kommer hjem etter operasjonen. Begrunnelsen er i denne studien ikke utdypet videre, og ikke funnet målt opp mot preoperativ angst i kvantitative studier.

Andre dagkirurgiske pasienter har uttrykt bekymring for å ikke kunne ta hånd om andre som var avhengige av dem igjen etter operasjonen (Caldwell, 1991b). Caldwell (1991b) har beskrevet dette i tilknytning til morsrollen. Kvinner med barn har uttrykt bekymring for om de vil greie å ta vare på dem når de kom hjem. Mitchell (2000) grupperte ansvar for barn sammen med ivaretagelse av andre sosiale ordninger i sin studie. Dette var faktoren med nest lavest skår.

En tredje form for bekymring kan knyttes til muligheten for å ikke kunne fortsette med vanlige aktiviteter i dagliglivet etter operasjonen (Caldwell, 1991b). I Shevde et al's (1991) studie uttrykte 6 % spontant at de var bekymret for de ikke skulle kunne fungere igjen etterpå. Caldwell (1991b) har beskrevet faren for å ikke kunne greie å ta vare på hjemmet etter operasjonen som en stressende. Likeledes har bekymring rundt evnen til å ivareta av rollen som arbeidstager vært målt. I Mitchells (2000) studie befant denne begrunnelsen seg blant faktorene med nest lavest skår.

3.2.5 Målemetoder for begrunnelser for preoperativ angst

Dagkirurgiske pasienters begrunnelser for preoperativ angst, har fremkommet på ulike måter i litteratursøkets studier. Begrunnelser har fremkommet gjennom utsagn i åpne eller strukturerte intervjuer og som kommentarer i spørreskjemaer (Barthelsson et al, 2003a, 2003b, Costa, 2001; Gilmartin et al, 2008; Markovic et al, 2002; Markovic et al, 2004; Otte, 1996; Wiliams et al, 2004). Begrunnelser har blitt fanget opp gjennom ett åpent spørsmål i intervju og spørreskjemaundersøkelse (Caldwell, 1991a, 1991b; Rosén et al, 2008; Shevde et al, 1991). Noen studier har anvendt flere spørsmål i spørreskjemaer for å kartlegge begrunnelser for preoperativ angst (Mackenzie, 1989; Shevde et al, 1991; Mitchell, 1997, 2000). Ingen av spørsmålene i spørreskjemaene har dekket alle de begrunnelsene som er redegjort for i denne litteraturgjennomgangen. Som følge vansker med å finne et spørreskjema som begrunnelser for preoperativ angst blant dagkirurgiske pasienter, ble et liknende søk gjort blant studier på innlagte operasjonspasienter. Dette ble funnet, men i likhet med spørreskjemaene i de dagkirurgiske studiene, dekket ikke disse alle de begrunnelsene som er redegjort for i denne litteraturgjennomgangen (Kindler et al, 2000; Shafer et al, 1996).

3.3 Oppsummering av litteraturgjennomgang

Denne studiens litteraturgjennomgang avdekket flere målemetoder for å måle grad av selvrapportert preoperativ angst. STAI og VAS er de mest brukte. Resultatene varierer, men en viss andel av utenlandske, dagkirurgiske pasienter er målt til å ha høy grad av preoperativ angst.

Dagkirurgiske pasienter oppgir et bredt spekter av begrunnelser for preoperativ angst. De fleste av dem fremkommer i studier med annen hovedhensikt enn å belyse dette temaet. Åpne og lukkede spørsmål i intervjuer og i spørreskjemaautspørringer har blitt brukt for å undersøke begrunnelser for preoperativ angst. Spørreskjemaer som består av lukkede spørsmål, dekker ikke alle de begrunnelsene som beskrevet i litteraturgjennomgangen. Litteratursøket klarte ikke påvise publiserte studier som belyser preoperativ angst blant pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi i en norsk, dagkirurgisk kontekst.

4 METODE

4.1 Design og metode

4.1.1 Survey

Et forskningsdesign er en overordnet plan for gjennomføring av en studie. Et kvantitativt beskrivende design av type survey utgjør grunnlaget for denne studien (Nord, 1998; Polit et al, 2008). En survey beskriver karakteristika, meninger, holdninger eller atferd slik de er representert i en populasjon, og skal slik sett få oversikt over visse variabler og forholdet mellom disse (Nord, 1998). Dette sammenfaller med innholdet for denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

4.1.2 Enquête

Valg av design og datainnsamlingsmetode avhenger av hvor mye eksisterende kunnskap det finnes om fenomenet som studeres (Nord, 1998). Få studier kartlegger denne studiens problemstilling i sin helhet, men dets temaer er likevel beskrevet i forhold til utenlandske, dagkirurgiske populasjoner. Dette kunnskapsgrunnlaget ble vurdert som omfattende nok til at en enquête kunne velges for utvikling og pilottesting. En enquête er datainnsamlingsmetode innen surveydesign der respondentene selv leser spørsmålene og registrerer sine svar i et spørreskjema (ibid).

Valg av spørreskjema skyldes at metoden tillater en strukturert innhenting av data, ved at man kan forme det med lukkede spørsmål og fastsatte svaralternativ (Polit et al, 2008). Dette gir rom for kvantifisering av innhentede data med tanke på statistisk analyse, slik det bør gjøres ved en senere tenkt kartlegging av forekomst. Med en slik metode kan man dessuten innhente data hos mange respondenter med beskjedne ressurser, og følgelig øke kartleggingens generaliserbarhet. Bruk av spørreskjema passer til sist med valg av datainnsamlingstidspunkt. Som i andre tverrsnittsstudier er data tenkt innsamlet på ett tidspunkt, i den preoperative fase slik den er definert i innledningen (Nord, 1998). Som litteraturgjennomgangen viser, kan den preoperative fase betraktes som en sårbar situasjon for respondenten forbundet med stress og angst. Når en datainnsamling gjøres i denne fasen, kan et spørreskjema med lukkede spørsmål og faste svaralternativ vurderes som mindre belastende og dermed mer passende for

respondenten enn en datainnsamlingsmåte med åpne spørsmål. Lukkede spørsmål og faste svaralternativ kan betraktes som enklere, mindre tidskrevende og mindre kognitivt utfordrende enn åpne spørsmål hvor deltageren må tenke ut og formulere svarene sine selv (Polit et al, 2008).

4.2 Utvikling av spørreskjema

Utvikling av et spørreskjema er en trinnvis prosess som kan gjøres med forskjellige innfallsvinkler (Haraldsen, 1999; Polit et al, 2008). Denne studien følger de anbefalinger en dimensjonsanalyse gir. Dette er en metode for spørreskjemaforming der teori styrer spørsmålsutviklingen (Haraldsen, 1999).

4.2.1 Litteraturgjennomgang

Dimensjonsanalysens første trinn er å avklare hvordan man forholder seg til relevant teori på det området spørreskjemaet skal gjelde, og deretter bestemme hvilke aspekter/dimensjoner som skal være med i studieområdet til spørreskjemaet (Haraldsen, 1999). For å kunne gjøre slike valg ble det derfor først gjort en grundig litteraturgjennomgang som ga oversikt over både relevant teori og tidligere forskning i tilknytning til temaet og aktuelle populasjon. Den skaffet også grunnlag for å belyse sentrale begreper for spørreskjemaet. Dessuten ga den oversikt over hvilke relevante instrumenter som eksisterer.

Litteratursøk av tidligere relevant forskning

Litteraturgjennomgangen for tidligere forskning på temaet fulgte en egen strategi.

Spørreskjemaets underliggende problemstilling og Fineout – Overholt og Johnsons PICOT-skjema formet søkestrategi for å finne tidligere relevant forskning (Polit et al, 2008).

Databasesøk i Bibsys, Medline/Ovid, Chinal/Ovid, Embase/Ovid, PsychInfo/Ovid, Hapi, SveMed+ og The Cochrane Library, ble utført med kombinasjoner av søkeordene: surgery, anaesthesia, ambulatory surgery, day surgery, same day surgery og outpatient surgery for populasjon, og preoperative anxiety, preoperative fear, anxiety, fear og psychological stress for resultat. Søket ble begrenset til skandinaviske og engelskspråklige artikler, pasienter over 18 år og artikler fra de siste 25 år. Perioden avspeiler omtrentlig tiden dagkirurgi har eksistert i Norge (Duesund, 2006; Gran, Johansen og Weber-Laumann, 1988). Fagområdet dentalkirurgi er utelatt. Pasienters opplevelse av dette kan, ut fra egen vurdering, knyttes til

begrepet tannlegeskrek. Noe som er lite relevant for denne studiens setting. To av litteratursøkene ble gjort i samarbeid med bibliotekar. Siste søk ble utført desember 2009.

Artikler ble også funnet ved referansesøk i artikler fra litteratursøket.

Tilfanget av artikler der preoperativ angst har vært målt, var stort. En seleksjon av hvilke artikler som skulle danne grunnlag for spørreskjemaet, ble derfor styrt etter disse kriteriene:

- 1) Studienes utvalg måtte i størst mulig grad tilsvare denne studiens utvalg. Flesteparten av pasientene skulle være over 18 år, ha fått narkose, eller ha benign diagnose. Studier hvor spørsmålet om malignitet/benignitet var uklart, ble tatt med.
- 2) Resultatene i studiene måtte komme av pasienters selvrappotering.
- 3) Studier med eksperimentelt eller kvasieksperimentelt design ble utelukket (Polit et al, 2008). En kvasieksperimentell studie av Mitchell (2000) ble likevel tatt med, fordi den kartla begrunnelser for preoperativ angst. Det er relativt få studier som gjør dette.
- 4) Studier som var vanskelig å oppdrive er utelatt. Dette er studier som var publisert i lite tilgjengelige tidsskrifter, og som tok lang tid og/eller som kostet noe å få tak i.

Avklaringer som følge av litteraturgjennomgangen

De fleste avklaringer i forhold til eksisterende litteratur og hvilke aspekter som skulle inkluderes i spørreskjemaet, er allerede presentert: Ut i fra litteraturgjennomgangen ble intensitet og trusler ved preoperativ angst valgt som de dimensjoner som spørreskjemaet skulle måle. Avklaringer som fulgte litteraturgjennomgangen var Lazarus (1991, 1999) som teoretisk referanseramme, og fokuset på preoperativ angst som noe subjektivt opplevd og selvrappotert. Det ble også vedtatt at det var grunnlag å forme spørreskjemaet innholdsmessig ut i fra eksisterende forskningslitteratur om dagkirurgiske pasienter og preoperativ angst, og herunder delvis ut i fra allerede eksisterende instrumenter. Disse kildene, som er vanlige å bruke ved utforming av spørreskjemaer, viste seg å være omfangsrike nok til dette (Polit et al, 2008; Streiner og Norman, 2008).

4.2.2 Operasjonalisering

Det siste trinnet i en dimensjonsanalyse er å finne mål på de dimensjoner man ønsker å belyse (Haraldsen, 1999). De begreper som er gjort rede for er teoretiske, og i prinsippet ikke direkte målbare. For å studere teoretiske begreper empirisk, må det avklares hvilke observerbare fenomen som skal brukes som indikatorer på disse (Kleven, 2002). Dette kalles operasjonalisering. I formgivingen av dette spørreskjemaet ville dette si å bestemme hvilke variabler som skulle representere dimensjonene intensitet og trusler ved preoperativ angst, og hvordan dimensjonene ble gjort målbare ved konkret forme variablene som spørsmål med svaralternativer (Haraldsen, 1999; Hellevik, 2009). Dette var en prosess bestående av flere trinn.

Operasjonalisering av hovedbegrepet preoperativ angst

I utformingen av studiens spørreskjema handlet operasjonaliseringen først om å finne et dekkende og allment forståelig ord for problemstillingens overordnede teoretiske begrep, preoperativ angst (Haraldsen, 1999). Da preoperativ angst i denne studien er definert som frykt og angst slik Lazarus (1991, 1999) beskriver dem, var det viktig å finne et ord som dekket begge følelser. Valget falt på ordet engstelig. Det er det samme ordet som Jacobsen (2004) har argumentert for i hennes studie. Jacobsen (2004) valgte å forkaste ord som uro og redd da hun mente disse ikke dekket angstaspektet i preoperativ angst. Videre forkastet hun bruk av ordet angst. Ordet kan forbindes med en psykiatrisk lidelse, og følgelig være årsak til vegring hos pasientene mot å oppgi at de har angst før operasjonen. Ordet engstelig kan vurderes som en mildere utgave av angst, og gjerne oppfattes som en ufarlig tilstand. I språklig forstand kan engstelig betraktes som en samlebetegnelse for de følelsesord som hver for seg ikke dekker alle aspekter ved preoperativ angst. I ordboken er engstelig synonymt med både angst, urolig, redd, bekymret, forskremt, nervøs og utrygg (Gundersen, 2000).

Valg av instrument

Den videre operasjonalisering er en ytterligere presisering av hva spørreskjemaet skal dreie seg om (Haraldsen, 1999). Dette ble først knyttet til spørsmålet om det fantes noen eksisterende instrumenter som kunne anvendes i spørreskjemaet for å besvare problemstillingen. Ved utvikling av spørreskjemaundersøkelser er det anbefalt å anvende

allerede eksisterende instrumenter da et spørreskjema med høy grad av påvist reliabilitet og validitet bidrar til å sikre innhenting av holdbare data (Polit et al, 2008).

Som litteraturgjennomgangen viste, ble det ikke funnet et spørreskjema som kartlegger problemstillingen som helhet. I utenlandske studier ble det likevel funnet instrumenter som kartla deler av den. Ved valg blant disse, ble noen vurderinger knyttet til relevans, ressursbruk og administrasjon ved bruk av instrumentet, gjort (Polit et al, 2008). For å måle forekomst av preoperativ angst, ble det vektlagt at valgte instrument, måtte være raske å fylle ut og ikke kreve for mange kognitive anstrengelser. Begrunnelsen for dette var respondentenes sårbare situasjon, samt at de i spørreskjemaet også skulle angi begrunnelser for preoperativ angst. Ut i fra dette ble VAS ble valgt. VAS har vist seg som en effektiv og nøyaktig målemetode (Elkins et al, 2004; Kindler et al, 2000; Millar et al, 1995; Vogelsang, 1988). VAS ble valgt foran ”gullstandarden” STAI (state) som har vært vurdert som lang, tidkrevende og vanskelig å besvare (Vogelsang, 1988). I tillegg er dette en masteroppgave der tilgangen på økonomiske og tidmessige ressurser er begrenset. Bruk av STAI koster penger, og ble derfor vurdert som uaktuell. Likeledes ble en annen potensiell kandidat ”The Amsterdam preoperative anxiety and information scale” (APAIS) uaktuell da denne krevde en omfattende frem og tilbake oversettelse for å kunne brukes (Moerman et al, 1996; Polit et al, 2008).

I vurderingen av spørreskjemaer som kartla begrunnelser for preoperativ angst, viste litteraturgjennomgangen at disse ikke var dekkende for det spekter av begrunnelser dagkirurgiske pasienter i ulike studier oppgir, og krevde en frem- og tilbake-oversettelse før bruk. Ut i fra disse vurderinger ble det vedtatt å konstruere en egen del i spørreskjemaet med dette formålet med basis i eksisterende forskningslitteratur.

Utforming av spørreskjemaets deler

Den videre operasjonalisering besto konkret i å utforme spørreskjemaets ulike spørsmålsett (Haraldsen, 1999).

Utforming av del B

Dette underkapittelet beskriver hvordan det teoretiske begrepet intensitet ved preoperativ angst ble operasjonalisert til spørsmål om grad av engstelse før operasjonen på en VAS.

For å vurdere målingene ut i fra samtidig kriterievaliditet (se kapittel 4.4.1), ble del B utformet med utgangspunkt i *to* tidligere anvendte varianter av VAS. Spørreskjemaets første VAS, kalt VAS1, tok utgangspunkt i en unipolar, enkelt-leddet variant av VAS anvendt av Vogelsang (1988). VAS1 ble formet med spørsmål til respondentene om å oppgi grad av engstelse før operasjonen med en tilhørende svarskala laget som en 10 cm horisontal og heltrukket linje. Venstre endepunkt fikk beskrivelsen ikke engstelig og høyre fikk beskrivelsen ekstremt engstelig. Spørreskjemaets andre VAS, kalt VAS2, tok utgangspunkt i en unipolar, dobbelt-leddet variant av VAS anvendt i en studie av Kindler et al (2000). Analogt til denne studien ble to spørsmål om engstelse for narkose og for en operasjon formet. Kindler et al (2000) gir ingen ytterligere beskrivelse av deres VAS, men med Vogelsang (1988) og Millar et al (1995) som referanse i studiens innledning, ble det tolket at Kindler et als (2000) skala også var en horisontal og heltrukket linje. Spørsmålenes svarskalaer er følgelig blitt formgitt som dette. Svarskalene var på 10 cm. Endepunktene fikk samme beskrivelse som VAS1. For å skille mellom spørsmålene, fikk de navnene VAS2 (narkose) og VAS2 (operasjon) i oppgaven, samt B2 og B3 i spørreskjemaet. I utformingen ble det sett at VAS2 (operasjon) ble temmelig lik VAS1 i ordlyd. For å lage et tydeligere skille mellom spørsmålene ble operasjon i VAS2 (operasjon) erstattet med uttrykket ”et operativt inngrep”, og VAS1 fikk tidsangivelsen ”nå før operasjonen”.

Det har tidligere blitt rapportert om vansker med å bruke VAS formet som en heltrukket linje med endepunkter (Gift, 1989; Kanto, 1996; Kremer, Atkinson og Ignelzi, 1980). Eksempelvis har det vært vanskelig for pasienter å konvertere deres subjektive følelse til en rett linje. For at det skulle bli lettere for pasienten å oppgi grad av preoperativ angst, ble VAS1 og VAS2 for det første supplert med graderingspunkter i lik avstand mellom endepunktene. I en tidligere studie av Sriwatanakul, Kelvie, Lasagna, Calimlim, Weis og Mehta (1982) har VAS med graderingspunkter blitt foretrukket av deltagerne. Distribusjonen av skårene i en slik VAS skilte seg ikke spesielt fra distribusjonen til en ordinær VAS. I tillegg ble linjen i VAS1 kombinert med en numerisk visuell analog skala, liknende den Elkins et al (2004) fant valid og sensitiv. I tidligere studier har det ikke vært signifikante forskjeller mellom målinger gjort med ordinær VAS og ulike numeriske skalaer (Jensen, Karoly og Braver, 1986; Lindeberg et al, 2001). I denne studien ble tallet 0 plassert ved venstre endepunkt indikerende ikke engstelig, mens tallet 10 ble plassert ved høyre endepunkt indikerende ekstremt engstelig. De andre tallene mellom 0 og 10 ble plassert i lik avstand under graderingspunktene. Til sist ble

det, som anbefalt ved bruk av VAS, skrevet en kort informasjon om hvordan besvare spørsmålene (Gift, 1989). Denne informasjonen er beskrevet i kapittel 4.2.3.

Utforming av del C

Dette underkapittelet beskriver hvordan det teoretiske begrepet trusler ved preoperativ angst ble operasjonalisert til spørsmål i form av utsagn om begrunnelser for å være engstelig før operasjonen.

Ettersom del C ikke skulle lages ut i fra eksisterende instrumenter, startet utformingen av denne delen med å velge ut hvilke variabler som skulle representere dimensjonen. Dette ble gjort skjønnsmessig ut i fra noen valgte kriterier: Begrunnelsene måtte være beskrevet i eksisterende forskningslitteratur om dagkirurgiske pasienter. Begrunnelsene måtte passe til organisatoriske og miljømessige forhold på Dagkirurgisk avdeling, og være relevante for utvalget. Dette var fordi studien var et kvalitetsforbedrende prosjekt. Spørsmål om engstelse tilknyttet lokalbedøvelse ble eksempelvis utelatt (Caldwell, 1991b). Begrunnelsene måtte i tillegg ikke være overlappende innholdsmessig. I følge Haraldsen (1999) bør spørsmål i spørreskjemaer være uttømmende, uten å være overlappende. Var begrunnelsene delvis overlappende, ble de slått sammen til ett spørsmål. For eksempel ble spørsmål om engstelse på grunn av jobb og ivaretagelse av hjem, slått sammen til spørsmål om engstelse for å ikke mestre dagliglivets aktiviteter etter operasjonen. Begrunnelsene måtte til sist ikke ha et innhold med klart potensiale for å skape engstelse hos respondenten ved utfylling av spørreskjemaet, og således øke belastningen ved deltagelsen. Spørsmål om å være engstelig for å dø ble vurdert til å ha dette potensialet. Spørsmålet ble slått sammen med spørsmål om å være engstelig for ikke å våkne igjen av narkosen. Dette ble oppfattet som en mer indirekte og mindre skremmende uttrykksmåte. En liknende tilnærming til problematikken er anvendt av Shevde et al (1991), og uønskede effekter ved dette er ikke rapportert.

En skjematisk fremstilling av hvilke begrunnelser fra litteraturen som ble operasjonalisert til ulike spørsmål i del C, finnes som vedlegg 10. Spørsmålene ble gruppert i fem hovedområder kalt miljøfaktorer, kunnskap, kirurgi, anestesi og postoperative forhold. Det ble gjort en skjønnsmessig vurdering av hvilke begrunnelser som innholdsmessig hørte sammen. For å spare plass ble navnene på hovedområdene ikke oppført i spørreskjemaet.

Etter utvelgelsen av variablene til del C, ble disse formet til spørsmål i form av utsagn som respondentene skulle angi i hvilken grad passet for deres situasjon rett før operasjonen. Dette er en vanlig måte å forme psykografiske spørsmål på (Bradburn, Sudman og Wansink, 2004). Dette er en type spørsmål som søker å lage portretter av målgrupper basert på deres tanker og handlinger. Spørsmål om engstelse er et typisk eksempel på slike spørsmål. Utsagnene ble utformet etter hva som er anbefalt ved spørsmålsformulering. De ble formet med et så enkelt og allment ordforråd som mulig, ettersom respondentene kan ha ulikt utdanningsnivå (Polit et al, 2008). I tillegg ble unødvendige ord lukt ut, slik at setningene ble så korte og enkle å forstå som mulig. Setningene ble også forsøkt formet så entydige som mulig.

For at respondentene skulle kunne oppgi i hvilken grad utsagnene passet deres situasjon, ble det benyttet en svarskala av type unipolar adjektivskala med beskrivelser plassert langs et kontinuum (Streiner et al, 2008). Adjektivskalaen ble formet med utgangspunkt i skalaen som Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten har testet og anvendt ved kartlegging av pasienterfaringer på norske sykehus (Oltedal og Garatt, 2006). Dette er en fem-punkt-skala med svaralternativene ”Ikke i det hele tatt”, ”I liten grad”, ”I noen grad”, ”I stor grad” og ”I svært stor grad”. Skalaen har vist seg grei å anvende, ettersom svarkategoriene har blitt opplevd om distinkte. Valget av en fempunktskala er innenfor hva spørreskjemaekspertene anbefaler (Bradburn et al, 2004; Streiner et al, 2008). Bradburn et al (2004) hevder blant annet at respondenter generelt bare husker fem svaralternativer med mindre visuelle hjelpemidler anvendes. Som i kunnskapssenterets svarskala, ble svaralternativene plassert horisontalt i lik avstand over tilhørende avkrysningsbokser (Oltedal et al, 2006). I tillegg ble avkrysningsboksene bundet sammen med en horisontal strek, for å understreke at dette var et sett av svaralternativer som var gjensidig utelukkende (Haraldsen, 1999).

Del C ble avsluttet med ett åpent spørsmål til respondentene om å skrive ned deres begrunnelse for preoperativ angst, dersom denne ikke sto oppført i spørsmålssettet. Dette var for å vurdere innholdsvaliditeten til del C (se kapittel 4.4.1).

Utforming av demografiske spørsmål

For å vite litt om respondentenes bakgrunn og besvare forskningsspørsmål 2), ble demografiske spørsmål utformet. Alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, operasjonstype og tidligere erfaring med narkose og operasjon er demografiske variabler som er anvendt i andre studier på dagkirurgiske pasienter (Caldwell, 1991a; Domar et al, 1989; Gupta et al, 1994;

Mackenzie, 1989; Moerman et al, 1996; Nyamathi et al, 1988). Disse faktorene ble tatt med for å se om de kan ha betydning for forekomsten av preoperativ angst, og for å kunne sammenlikne denne studien med de andre. Spørsmål om yrke hører også til denne gruppen, men ble avgrenset til spørsmål om respondenten var yrkesaktiv eller ikke. Spørsmål om barn ble bakt inn i sivilstatus ettersom en stor del av utvalget var kvinner i fertil alder, og fordi denne faktoren tidligere har vært knyttet til preoperativ angst (Caldwell, 1991b). I pasienttilfredshetsundersøkelser ved Dagkirurgisk avdeling har dessuten enkelte pasienter kommentert det som problematisk å reise hjem på grunn av barna som ventet der (Larsen, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a, 2009b). Til sist ble spørsmål om hvem respondenten skulle være sammen med første postoperative døgn, og om vedkommende skulle være i eget hjem eller ikke, formet. Dette er faktorer som ikke tidligere er blitt undersøkt i forbindelse med preoperativ angst hos dagkirurgiske pasienter, men som var gjeldende for pasientene på Dagkirurgisk avdeling. Faktorene er tatt med for å se om de kan ha betydning for pasientenes preoperative angst.

Med unntak av alder, ble demografiske spørsmål stilt som dikotome eller multiple-choice spørsmål med avkrysningsbokser for svaralternativene (Polit et al, 2008). I utformingen av spørsmålene, ble samme hensyn tatt som ved spørsmålsutformingen av del C. De demografiske spørsmålene ble deretter plassert først i spørreskjemaet. Dette skyldes at spørsmål om preoperativ angst kan oppleves mer truende enn demografiske spørsmål. Det er anbefalt at sensitive spørsmål kommer så langt bak som mulig i spørsmålsrekken (Haraldsen, 1999). Spørsmålsettet fikk navnet del A i spørreskjemaet.

4.2.3 Utforming av spørreskjemaets design

Designet til et spørreskjema skal skape positiv interesse for undersøkelsen, samt gjøre skjemaet lettest og oversiktlig (Haraldsen, 1999). Dette er viktig i spørreskjemaundersøkelser der respondenten ikke får hjelp til utfylling. For at spørreskjemaet skulle fremstå som mest mulig ryddig og lett å navigere seg i gjennom, slik at spørsmål ikke ble misforstått eller oversett, ble en rekke av Haraldsens (1999) råd for spørsmålsutvikling og spørreskjemadesign fulgt.

Informasjon og veiledning

Det ble utformet et informasjonsbrev som ble gitt til potensielle respondenter ved invitasjon til deltagelse (se vedlegg 3). Formålet med brevet var å skape interesse for studien, og inngå en slags kontrakt med de som valgte å delta (Haraldsen, 1999). Informasjonsbrevet var formet som et kortfattet og formelt brev med involverte institusjoners logo og informasjon om studiens hensikt, praktisk opplegg fordeltagelse, ivaretagelse av konfidensialitet og kontaktinformasjon til ansvarshavende (ibid).

Ved utforming av spørreskjemaet ble en generell veiledning om utfylling plassert på spørreskjemaets første side (se vedlegg 1). En veiledning knyttet til bestemte spørsmål ble presentert sammen med disse. Veiledningen inneholdt informasjon om betydningen av ord og uttrykk, hva slags opplysninger spørsmålene ba respondenten om å hente frem for å svare, hvilken målestokk respondentene blir bedt om å bruke når de avga svaret sitt, og hvordan de skulle svare på spørsmålet.

Generell skjemaforming og bruk av grafiske hjelpemidler

Ut i fra ønsket om å ikke gjøre undersøkelsen for krevende for respondentene, endte spørreskjemaet endte opp med kun 44 spørsmål fordelt på 5 sider (én side med informasjon). Dette er godt innenfor anbefalingen av antall spørsmål og sider for en spørreskjemaundersøkelse (Haraldsen, 1999). Spørsmålene ble organisert i sine hovedbolker etter tematikk. Spørsmålene om grad av engstelse ble plassert før spørsmål om begrunnelser da dette ble vurdert som mest logisk. En fast mal for hvordan spørsmålene og svaralternativer ble formgitt, søkte å gi et ryddig utseende (ibid). Det ble anvendt en vertikal spørsmålsflyt langs venstre marg. Svaralternativene ble plassert under eller til høyre for spørsmålet, alt etter hva det var plass til. I tillegg ble farger og en kombinasjon av fet og normal skrift anvendt for å skille spørreskjemaets hoveddeler, skille veiledning fra spørsmål, og skille spørsmål fra svaralternativer. Fargene blått og sort skrift på lys gul bunn ble valgt for å gi et delikat inntrykk, samt fange oppmerksomhet uten at det ble for skrikende eller spektakulært.

4.2.4 Pretest

Før spørreskjemaet ble prøvd ut på pilotstudiens utvalg, ble det, som anbefalt av Bradburn et al (2004), pretestet. Et første utkast av spørreskjemaet ble delt ut for gjennomsyn på et mastergradseminar med lærere og medstudenter med sykepleiefaglig bakgrunn. Det ble gitt

tilbakemeldinger og råd i forhold til overlappende og flertydige spørsmål, om problematiske uttrykk og setningsformuleringer og om spørreskjemaets layout. Ut fra disse tilbakemeldingene ble spørreskjemaet bearbeidet videre. Andre utkast av spørreskjemaet ble deretter delt ut til åtte personer i alderen 18 til 80 år med varierende sivilstatus, kjønn utdanningsnivå og yrkesfagligbakgrunn (fire bekjente og fire ukjente). I tillegg ble personene intervjuet ut i fra evalueringsskjemaet (se kapittel 4.3.1). Personene brukte mellom 5 og 15 minutter på utfylling. Intervju med evalueringsskjema tok maksimalt 15 minutter. Dette ble ansett som akseptabelt til den senere datainnsamlingen på pilotens utvalg. Tilbakemeldingene på spørreskjemaet var at det ble oppfattet som enkelt å fylle ut og forstå. Et par av svaralternativene blant de demografiske spørsmålene ble oppfattet som uklare av noen, og bearbeidet.

4.3 Pilottest

Denne studiens pilottest ble utført 6-8 uker høsten 2009, og vil nå beskrives.

4.3.1 Evaluering av spørreskjemaet

For å kunne undersøke spørreskjemaets kvalitet og datainnsamlingsprosedyren, ble det laget et eget opplegg for respondentenes evaluering av spørreskjemaet. Et evalueringsskjema bestående av mest lukkede og noen åpne spørsmål, ble konstruert (se vedlegg 2). Spørsmålene ble utformet ut i pilotstudiens metodologiske målsetting som er skissert i kapittel 1.2.2. Strukturert intervju ble valgt som datainnsamlingsteknikk for respondentenes evaluering av spørreskjemaet. En intervjuansvarlig skulle intervju respondentene ut i fra de ferdig formulerte spørsmålene i evalueringsskjemaet, og registrere svarene i skjemaets avkrysningsbokser og åpne felt (Kleven, 2002). Intervju ble valgt foran respondentens egen utfylling av evalueringsskjemaet da det ble vurdert som for ensformig og kognitivt krevende å måtte fylle ut to spørreskjemaer i samme seanse. Alternativet, et semistrukturert intervju med åpne spørsmål, ble vurdert som for tidkrevende. I tillegg krever denne teknikken andre analysemetoder enn den statistiske, og sammenfaller ikke med denne studiens kvantitative design (Polit et al, 2008).

4.3.2 Studiens utvalg

En populasjon representerer alle de personer som en problemstilling omfatter, og i denne studien er dette alle pasienter som skal til lapraskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling (Lund og Haugen, 2006). Et utvalg er en undergruppe av populasjonen som er valgt ut for deltagelse i studien, og i en pilot bør utvalget komme fra populasjonen til den større, tenkte utgaven av studien (Lackey et al, 1998; Polit et al, 2008). Anbefalte utvalgstørrelse for en pilot varierer i litteraturen. Denne studien følger rådet til Polit et al (2008) om 10 til 20 personer som gjenspeiler populasjonen spørreskjemaet er tiltenkt. På Dagkirurgisk avdeling opereres ukentlig flere pasienter for en gynekologisk lidelse enn en gastrokirurgisk. For å sikre en tilstrekkelig andel med gastrokirurgiske pasienter og en tilstrekkelig andel menn, ble kvoteutvelging anvendt. Kvoteutvelging er en type slumpmessig utvelging der man på forhånd fastsetter hvor stor andel av respondentene med ulike karakteristika skal utgjøre det endelige utvalget (Hellevik, 2009). I denne studien skulle utvalget skulle bestå av halvparten gynekologiske pasienter og halvparten gastrokirurgiske. Av de gastrokirurgiske pasientene skulle halvparten være menn og halvparten kvinner. Rekrutteringen til utvalget ble styrt av hvordan kvotene ble fylt opp og av følgende inklusjonskriterier: Pasientene skulle ha en benign diagnose som indikasjon for inngrepet. Pasienten skulle ha narkose, være over 18 år og kunne snakke, lese og skrive norsk. Det ble bestemt at pasienter som hadde en kjent psykisk lidelse, som hadde tatt beroligende premedikasjon før eller etter ankomst avdelingen, og/eller som skulle overnatte på sykehusets pasienthotell eller en av sengepostene på sykehuset etter operasjonen, skulle ekskluderes.

4.3.3 Tilgang til forskningsfeltet

Studiene ble formet som et kvalitetsforbedrende prosjekt på Dagkirurgisk avdeling der respondentenes deltagelse var anonym. Under disse rammene ble formalisering av studien utført i tråd med retningslinjer for gjeldende sykehus (Carlsen, Staff, Arnesen, Bechensteen, Jacobsen og Omenaas, 2009). For å få tilgang til forskningsfeltet ble det sendt skriftlig forespørsel til avdelingsleder og til forskningsutvalget med ansvaret for avdelingen (se vedlegg 4). Søknaden ble godkjent av begge instanser (se vedlegg 5 og 6). I tillegg ble studien meldt til personvernombudet (se vedlegg 7). Da prosjektansvarlig var ansatt på studiens avdeling, ble to medarbeidere forespurt om til å delta som rekrutteringsansvarlig og

intervjuansvarlig. Bakgrunnen for dette er de etiske hensyn som det redegjøres for i kapittel 4.5.1. Begge ansatte samtykket muntlig i dette.

4.3.4 Datainnsamling

Rekrutteringsprosess

En rekrutteringsprosedyre ble utviklet for hvordan rekruttering av deltagere til studien skulle foregå (se vedlegg 8). Rekrutteringsansvarlig og andre sykepleiere på postoperativ enhet på avdelingen som skulle rekruttere deltagere, fikk skriftlig og muntlig informasjon om denne prosedyren. Rekrutteringen skjedde fortløpende i datainnsamlingsperioden ettersom de passet i forhold til studiens utvalgskvoter og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Respondentene ble invitert til å delta i studien rett etter deres ankomst til avdelingen. De fikk muntlig og skriftlig informasjon ved denne seansen. For å få oversikt over antallet pasienter som ble spurt og sikre at kvotene ble fylt korrekt, registrerte de som rekrutterte hver enkelt spurte pasient i et eget skjema. Pasientene ble registrert uten personopplysninger.

Utfylling av spørreskjema og intervju

En egen prosedyre for hvordan utfylling av spørreskjema og intervju skulle foregå ble utarbeidet (se vedlegg 9). Intervjuansvarlig fikk muntlig og skriftlig informasjon og veiledning om denne prosedyren, og trente på forhånd sammen med prosjektansvarlig i å stille spørsmålene. De rekrutterte deltagerne ble hentet av intervjuansvarlig til et eget rom hvor de kunne fylle ut spørreskjemaet uten tilsyn eller forstyrrelser fra andre. Intervjuansvarlig ble bedt om å tidsberegne utfylling og intervju, slik at dette passet i forhold til tidspunkt for operasjonen. En klokke i rommet som de ble gjort oppmerksom på, hjalp dem med å senere angi tiden de brukte på å fylle ut skjemaet. Intervju ble gjort rett etter utfylling. For å bevare anonymitet ble respondenten bedt om selv å legge spørreskjema i egen svarkonvolutt etter intervju. Intervjuansvarlig registrerte alle respondentene anonymt i et eget deltakelsesskjema, der også frafall og eventuelle avbrytelser ble registrert. I tillegg registrerte vedkommende eventuelle av ganger, samt antall respondenter med behov for videre samtaler.

4.3.5 Analyse av data

Analysefasen av en forskningsprosess består i å organisere innsamlede data, og analysere og trekke ut den informasjonen man trenger av dette for å besvare en studies problemstilling og forskningsspørsmål (Hellevik, 2009; Polit et al, 2008). Valg av analyseteknikker avhenger av blant annet av type forskningsspørsmål, variablenes natur og de underliggende forutsetninger som hver statistisk test hviler på (Pallant, 2007). I denne studien ble svar fra alle lukkede spørsmål i spørreskjemaet og i evalueringsskjemaet lagt inn i en datamatrise i PASW Statistics 17.0, for statistisk analyse. I denne organiseringsprosessen ble innhentede data tallkodet (eksempelvis mann 1 og kvinne 2) og klassifisert etter variablenes målenivå. Variabler i spørreskjemaets del A og evalueringsskjemaet var dikotome og kategoriske (unntatt alder som innhentet kontinuerlige data) (Polit et al, 2008). Variablene i del B var kontinuerlige. Del C hadde kategoriske variabler.

For å besvare forskningsspørsmål 1) ble deskriptiv statistikk i form av analyse av frekvensmål (antall og prosent), sentralmål (median og gjennomsnitt) og variasjon (standardavvik) benyttet (ibid). Skårene på VAS1 og 2 ble også blitt omkodet til en dikotomisert fordeling for å beskrive forekomsten. Skår fra 4 og oppover identifiserte respondenter med preoperativ angst. Valget av dette cut-off punktet (heretter kalt grenseverdi), skyldes at VAS2 tar utgangspunkt i Kindler et al (2000) sin VAS. I deres studie ga punktet 40 på deres 100 mm VAS en relativt høy spesifisitet, uten at sensitiviteten ble for lav. Sensitivitet og spesifisitet er to kriterier for kvalitet i målinger (Polit et al, 2008). I denne studien uttrykker sensitiviteten skalaenes evne til å identifisere de som har preoperativ angst, mens spesifisitet uttrykker evnen til å identifisere de som ikke har det (Aalen, Frigessi, Moger, Scheel, Koglund og Veierød, 2006, Magnus og Bakketeig, 2007). Etter omkodingen ble mål på forekomst beregnet gjennom frekvens (Polit et al, 2008).

For å besvare forskningsspørsmål 2), ble ikke-parametriske tester benyttet da disse ikke har samme krav til utvalgsstørrelse, lineære sammenhenger og normalfordeling som parametriske tester har (Pallant, 2007). Disse underliggende forutsetninger for parametriske tester ble ikke møtt i denne studien. Spearman rank order (rho) korrelasjon (heretter kalt Spearman rho) ble anvendt for å finne sammenheng mellom den kontinuerlige variabelen alder og grad av angst. For å finne sammenheng mellom grad av preoperativ angst (avhengig variabel) og demografiske variabler av dikotom eller kategorisk type (uavhengige variabler), ble henholdsvis Mann-Whitney U test eller Kruskal-Wallis test anvendt.

For å besvare forskningsspørsmål 3), beskrive demografiske data og data fra evalueringsskjemaene ble frekvensmål, sentralmål og variasjon også beregnet.

For å vurdere reliabilitet og validitet, ble henholdsvis beregning av Chronbach alfa og Spearman rho korrelasjon anvendt (se kapittel 4.4)

Omfanget av missing data var lite, ettersom kun to respondenter ikke hadde svart på ett spørsmål hver. Dette ble derfor ikke gjort noe med.

Signifikansnivået for analysene var på $p \leq 0.05$ (ibid).

4.4 Begrepsvaliditet

Kvaliteten til et forskningsprosjekt er knyttet til begrepene validitet og reliabilitet. I planleggingsfasen for en undersøkelse er det viktig å vurdere å ta hensyn til disse kvalitetskravene, og i tolkningen av resultatene er validitets- og reliabilitetssvikt sentrale momenter (Lund, 2002; Polit et al, 2008). Statistisk-, ytre- og begrepsvaliditet er relevante kvalitetskrav for studier med beskrivende design. Denne studien hadde til hensikt å utvikle et spørreskjema, og begrepsvaliditet har følgelig vært i fokus. I følge Kleven (2002) handler begrepsvaliditet om det er samsvar mellom teoretisk begrep og gjennomført måling. I hvilken grad det er samsvar mellom valgte begreper slik de er teoretisk definert, og slik de er operasjonalisert gjennom indikatorene eller variablene som benyttes. Høy begrepsvaliditet er kriteriet for gode måleresultater, og i en spørreskjemaundersøkelse blir dette hvor godt spørsmålene gir svar på det en ønsker å måle (Haraldsen, 1999; Kleven, 2002).

4.4.1 Systematiske målefeil

I følge Kleven (2002) trues begrepsvaliditeten av både tilfeldige og systematiske målefeil. Systematiske målefeil gir skjevhet i målinger som er konsistente. Når dette truer begrepsvaliditeten, kan dette eksempelvis skyldes at anvendte indikatorer kun dekker enkelte sider ved det begrep som måles, eller at irrelevante faktorer spiller inn.

Begrepsvaliditet kan i følge Kleven (2002) vurderes både empirisk og rasjonelt. Empirisk vurdering handler om å undersøke om det operasjonaliserte begrep i målingen oppfører seg slik man teoretisk vil forvente. I denne studien ble dette vurdert ut i fra en analyse av måleinstrumentene i seg selv, ved at spørreskjemadelenes indre konsistens ble vurdert (se

kapittel 4.4.2). Utvalgsstørrelsen hindret gjennomføring av en annen variant av en slik indre empirisk vurdering som kalles faktoranalyse (Kleven, 2002; Pallant, 2007).

Begrepsvaliditet ble også vurdert empirisk ved å måle grad av kriterievaliditet. I følge Kleven (2002) er dette et underliggende aspekt ved begrepsvaliditet. Kriterievaliditet dreier seg om testresultatet ved et måleinstrument samsvarer med resultatene til et annet kriterium. I denne studien ble kriterievaliditet undersøkt ved å bruke Spearman rho – korrelasjon til å beregne om målingene med VAS1 samsvarte med testresultatene i VAS2. Siden tidsintervallet var så lite mellom test og kriterium som her, kalles dette samtidig kriterievaliditet.

I denne studien ble det også gjort forsøk på en rasjonell vurdering av begrepsvaliditet. Dette dreier seg om å vurdere om de elementer som registreres gjennom måleinstrumentet er representative for begrepet som skal måles (Kleven, 2002). Irrelevante elementer kan eksempelvis spille inn. Dette omfatter også feilkilder som kommer til under datainnsamlingen, fordi disse kan redusere samsvaret mellom det teoretisk definerte begrepet og begrepet slik det er operasjonalisert. Mulighetene for at response bias kunne ha spilt inn på inn på målingene, ble eksempelvis vurdert. Dette er en gruppe systematiske avvik som forbindes med undersøkelser basert på selv-rapportering (Kleven, 2002; Streiner et al, 2008).

Den rasjonale vurderingen besto også i å se etter om noen sider ved anvendte begreper ikke ble belyst (Kleven, 2002). Eksempelvis ble dette gjort ved å vurdere innholdsvaliditeten i spørreskjemaets del C. Innholdsvaliditet er i følge Kleven (2002) et underliggende aspekt ved begrepsvaliditet. Innholdsvaliditet dreier seg om et måleinstrument dekker et representativt uvalg for den egenskap som måles. Relatert til spørreskjemaet ble dette da å vurdere hvor representative spørsmålene i del C er for alle de begrunnelser som pasienter på Dagkirurgiske avdeling har. Tiltak for å høyne innholdsvaliditeten, styrker begrepsvaliditeten (Polit et al, 2008). En omfattende litteraturgjennomgang ble utført for å sikre at spørsmålene avspeilet de begrunnelsene som tidligere er dokumentert blant dagkirurgiske pasienter. Likevel er det slik at del C er basert på studier fra en annen enn en norsk dagkirurgisk setting. Begrunnelser som er viktig for denne studiens pasientgruppe, kan således ikke ha kommet med. Derfor ble spørreskjemaet avsluttet med et åpent spørsmål. Her kunne respondentene kunne skrive ned begrunnelser som de hadde, men som ikke spørreskjemaet dekket. En slik direkte tilbakemelding fra respondentene, kunne bidra til at graden av innholdsvaliditeten til det endelige spørreskjemaet kunne økes.

4.4.2 Tilfeldige målefeil

Den grad data er fri for tilfeldige målefeil, avspeiler graden av reliabilitet (Kleven, 2002). Høy grad av reliabilitet styrker begrepsvaliditeten. I spørreskjemaundersøkelser knyttes reliabiliteten til hvor nøyaktige og pålitelige svar spørsmålene gir (Haraldsen, 1999).

I denne studien er tiltak for å redusere forekomsten av tilfeldige målefeil forsøkt gjennomført ved å standardisere målingene så mye som mulig (Kleven, 2002). I følge Polit et al (2008) kan spørsmål i spørreskjema bli forstått og tolket ulikt av respondentene, og være en feilkilde. For at spørsmålene skulle oppfattes så likt som mulig, ble derfor informasjon om blant annet hva man ønsket svar på og hvordan spørsmålene skulle besvares lagt inn i spørreskjemaet.

Likeledes ble et enkelt og kortfattet språk brukt i spørsmålsformuleringene.

Datainnsalingsprosedyren ble også standardisert ved å lage instruksjoner for gjennomføring, slik at intervjuansvarlig gjorde sine oppgaver så likt som mulig fra respondent til respondent. Standardiseringen besto dessuten i å la alle respondenter sitte alene i et eget rom under utfylling. Dette for å unngå påvirkning i situasjonen i form av støy, nærvær av andre pasienter og personale og annet under utfylling som kan forurensne målingen (ibid). For å sikre mot tilfeldige feil og unøyaktighet ved innleggelse av data fra spørreskjemaene til statistikkprogrammet, ble registrering dobbelkontrollert av en annen person (Hellevik, 2009).

Reliabilitet kan undersøkes med ulike typer reliabilitetstester (Kleven, 2002; Polit et al, 2008). I denne studien ble reliabilitetsaspektet indre konsistens ansett som mest relevant å undersøke ut fra studiens design og metode. Indre konsistens uttrykker i hvilken grad spørsmålsleddene i et spørreskjema, eller i deler av et spørreskjema, måler samme underliggende begrep eller egenskap (Polit et al, 2008). Høy indre konsistens innebærer en akseptabel grad av begrepsvaliditet der homogene begrep måles (Kleven, 2002). Reliabilitetskoeffisienten Cronbach alfa ble beregnet for å vurdere om spørsmålsleddene i VAS2 måler intensitetsgrad ved preoperativ angst. Koeffisienten anvendes helst på sammensatte, endimensjonale og homogene skalaer (Aarø, 2007). Del C ble ikke utformet som en sammensatt skala, men hele spørsmålsettet måler begrunnelser for preoperativ angst. Derfor ble Cronbach alfa også beregnet for del C i sin helhet, og for hver av hovedområdene som spørsmålsettet ble delt inn i.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Forskning skal utøves slik at grunnleggende menneskerettigheter ivaretas, og forskningsetiske krav skal vurderes og tas hensyn til i planlegging og gjennomføring av et forskningsprosjekt (Lund et al, 2006).

4.5.1 Etiske overveielser i forhold til respondentene

Forskningsetiske overveielser er gjort med basis i etiske retningslinjer for sykepleieforskning (Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN), 2003). Respondentenes rett til frivillig deltagelse og skriftlig informert samtykke, ble ivaretatt på flere måter. Ved invitasjon til deltagelse i studien fikk respondentene muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt og innhold og hvordan deres rett til konfidensialitet ble ivaretatt (se vedlegg 3). Samtykket ble betraktet som gitt når respondenten hadde besvart og returnert spørreskjemaene, jamfør Haraldsen (1999) og Polit et al (2008). For å ivareta respondentens rett til frivillig deltagelse ble dessuten respondentene invitert til å delta i studien av en egen rekrutteringsansvarlig og intervjuet av en egen intervjuansvarlig, i stedet for at prosjektansvarlig utførte oppgavene. Dette for å hindre følelse av press hos respondentene. I tillegg ble det muntlig og skriftlig presisert at et eventuelt avslag om deltagelse ikke ville gå ut over deres behandling. For å unngå et potensielt avhengighetsforhold, ble det bestemt at prosjektansvarlig som er en av de ansatte på avdelingen, ikke skulle delta i respondentenes behandling.

Respondentenes rett til konfidensialitet ble ivaretatt ved at deres deltagelse var anonym (SNN, 2003). Spørreskjemaene og evalueringsskjemaer ble kun kodet med et nummer for å se hvilke skjemaer som kom fra samme respondent. For at prosjektansvarlig ikke skulle kunne knytte noen av deltagerne til svarene i spørre – og evalueringsskjemaene, ble rekruttering og intervju utført av andre enn prosjektansvarlig selv. Intervjuansvarlig skulle ikke se respondentens svar på spørsmålene i spørreskjemaet, kun registrere deres evaluering av det i intervjuet.

Respondenten puttet selv spørreskjemaet ned i en lukket konvolutt og limte igjen. Alle returnerte skjemaer ble oppbevart i en innelåst skuff på et låsbart kontor på avdelingen. De ble makulert ved tidspunkt for planlagt prosjektslutt i juni 2010.

Pasientene ble invitert til å delta og deltok i studien rett før de skulle gjennom en operasjon på Dagkirurgisk avdeling. Dette kan betraktes som en sårbar fase for respondentene. For å følge prinsippet om å ikke gjøre skade, ble det hele tiden underveis i datainnsamlingen vurdert om

belastningen ved deltagelse var for stor for respondentene (ibid). Dette ble for det første gjort ved å følge med på frafall og respondentenes eventuelle behov for samtale. Prosjektansvarlig var også tilgjengelig for spørsmål fra respondentene. I tillegg fikk respondentene tilbud om å samtale om sin preoperative angst etter prosjektdeltagelse, dersom de følte behov for dette (Borge, 2003). For å ta vare på respondentens rett til konfidensialitet, skulle intervjuansvarlig henvise til annet helsepersonell i avdelingen, ikke samtale med pasienten selv. Dette var personale uten tilknytning til prosjektet.

4.5.2 Andre forskningsetiske overveielser

I tråd med retningslinjene for formalisering av studier på gjeldende sykehus ble studien meldt til sykehusets personvernombud som vurderte studien som ikke meldepliktig (se vedlegg 7) (Carlsen et al, 2009; Reuter, 2010). Søknad til Regional etisk komité (REK) ble derfor ikke sendt.

Fordi aspekter ved samhandlingen med avdelingens personale kan være begrunnelse for preoperativ angst hos respondentene, blir personalet indirekte deltakere i studien. De ble derfor informert om hensikten og innholdet i studien, og fikk komme med synspunkter.

5 RESULTATER

Resultatene i denne pilotstudien presenteres i to hovedbolker. Forskningsspørsmålene vil besvares gjennom funn innhentet via det utviklede spørreskjemaet. Deretter vil resultater knyttet til evalueringen av rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren og spørreskjemaet presenteres.

5.1 Resultater fra utfylling av spørreskjema

Respondentenes demografiske data vil presenteres før forskningsspørsmålene besvares.

5.1.1 Demografiske data

Fordelingen av respondentenes skår på de ulike bakgrunnsvariablene er presentert i tabell 1.

Tabell 1

Demografiske data for pilotstudiens utvalg (n=20)

Demografiske variabler	Antall
Alder Gjennomsnitt \pm SD	41,2 \pm 12,8
Kjønn Mann Kvinne	5 15
Sivilstatus* Gift/Partner/Samboer Gift/Partner/Samboer m/omsorg for barn under 18 år Enslig	14 4 2
Høyeste utdanning* Videregående skole Høgskole/Universitet inntil 4 år Høgskole/Universitet over 4 år	7 8 5
Yrkesaktiv (ja)	19
Operasjonstype Gynekologisk Gastrokirurgisk Vet ikke	9 10 1
Har blitt operert tidligere (ja)	18
Har fått narkose tidligere (ja)	19
Tilsynsansvarlig første døgn etter utskrivelse* Ektefelle/Partner/Samboer Annen nær familie (mor/far, søster/bror, voksen sønn/datter) Venn	17 1 2
Være i eget hjem etter operasjon og utskrivelse (ja)	19

* Variabel der kun besvarte kategorier er fremstilt i tabellen

Av de 20 respondentene som deltok svarte ni at de skulle gjennom en gynekologisk operasjon ved spørsmål om operasjonstype, mens en svarte ”vet ikke”. Ut i fra kriteriene for kvoteutvelgelsen tilhører vedkommende de gynekologiske pasientene. Denne respondenten vil derfor behandles en gynekologisk pasient.

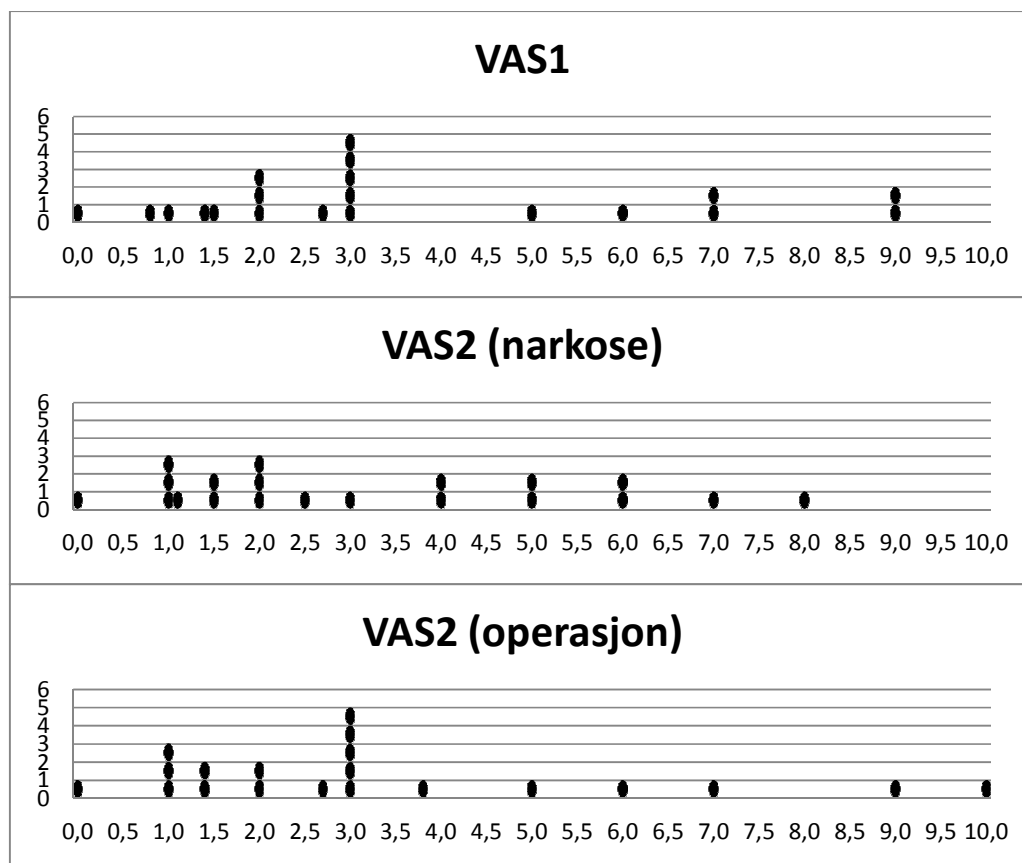
Respondentenes alder varierte fra 28 til 65 år. Det var en overvekt av yngre deltagere da medianverdi for alder var på 35,5 år, og fremmer en positiv skjev fordelingen av skårene i favør av lavere aldersverdier.

Som det fremgår av tabellen var fordelingen av skårene på de andre demografiske variablene svært skjev. Unntatt fra dette var variablene utdanning og operasjonstype.

5.1.2 Forekomst av preoperativ angst

Fordelingen av respondentenes skår er presentert i figur 1.

Figur 1 Fordeling av respondentenes skår på VAS (n=20)



Funnene viser at de fleste respondenter oppga en lav grad av engstelse før operasjonen. Dette ses i presenterte skårfordeling, og bekreftes av skårenes medianverdier som var 3 for VAS1 og VAS2 (operasjon) og 2,5 for VAS2 (narkose). Dette indikerer en positiv skjev fordelingen av skårene i favør av lavere verdier. Funnene støttes også av skårenes relativt lave gjennomsnitt som var 3,5 (SD 2,6) for VAS1, 3,1 (SD 2,3) for VAS2 (narkose) og 3,4 (SD2,7) for VAS2 (operasjon).

Presenterte skårfordeling med minimum og maksimumsskår på skalaene (VAS1: 0-9, VAS2 (narkose): 0-8, VAS2 (operasjon): 0 -10), samt presenterte standardavvik, viser at det var en spredning av skårene på anvendte skaler, og at noen respondenter hadde høyere grad av engstelse før operasjonen.

For å beskrive forekomsten av preoperativ angst ble også skårene på VAS omfordelt til en dikotom distribusjon, der skår fra 4 og oppover påviste tilfeller av preoperativ angst. Fordelingen kan ses i tabell 2. Resultatene viser at andelen påvist preoperativ angst i utvalget varierte fra 25 til 40 %, avhengig av hvilken VAS som er anvendt.

Tabell 2

Forekomst av preoperativ angst (n=20)

	Nei	Ja
VAS1	14	6
VAS2 (narkose)	12	8
VAS2 (operasjon)	15	5

5.1.3 Sammenhengen mellom preoperativ angst og bakgrunnsvariablene

I utvalget ble det påvist signifikante sammenhenger mellom engstelse før operasjonen og variablene alder og kjønn, men ikke for de andre bakgrunnsvariablene.

Alder

En sammenheng mellom alder og grad av engstelse før operasjonen ble påvist gjennom Spearman rho korrelasjon (signifikansnivå: $p \leq 0,05$). Det ble oppnådd en signifikant, negativ korrelasjon mellom alder og grad av engstelse før operasjonen ($\rho=0,546$, $p=0,013$). Dette

betyr at lav alder kunne assosieres med høy grad av engstelse. Korrelasjonskoeffisienten viser at denne sammenhengen var sterk.

Kjønn

En sammenheng mellom menn og kvinner og grad av engstelse før operasjonen ble påvist gjennom Mann-Whitney U test. Som verdiene i tabell 3 indikerer, skåret kvinner signifikant høyere på VAS enn menn. Kvinner hadde altså signifikant høyere grad av engstelse før operasjonen enn menn.

Tabell 3

Sammenheng mellom kjønn og engstelse før operasjon (n=20)

	Md (Menn / Kvinner)*	z	p**
VAS1	1,4 / 3,0	-2,95	0,003
VAS2 (narkose)	1,5 / 4,0	-2,32	0,020
VAS2 (operasjon)	1,4 / 3,0	-2,25	0,025

*Kvinner: n=15, Menn: n=5 **Signifikansnivå: $p \leq 0,05$

5.1.4 Begrunnelser for preoperativ angst og deres innbyrdes fordeling

Funnene viser at alle begrunnelser for engstelse før operasjonen ble oppgitt av minst en av respondentene. Ingen begrunnelser hadde bare skår på svaralternativene *"I liten grad"* eller *"Ikke i det hele tatt"*. Noen av begrunnelsene med lavest samlet skårsum hadde skår på de høyeste variabelverdiene.

I tabell 4 presenteres begrunnelser for engstelse før operasjonen slik de fremsto som utsagn i spørreskjemaet. I tillegg presenteres respondentenes skåringer på hvert utsagn i form av variablenes samlede skårsum og medianverdier, samt i form av prosentandel av skårene som lå på de to høyeste variabelverdiene *"I stor grad"* og *"I svært stor grad"*. Begrunnelsene er rangert etter variablenes samlede skårsum. Dette viser deres innbyrdes fordeling.

Tabell 4**Begrunnelser for å være engstelig før en operasjon (n=20)**

Jeg er engstelig...	Sum skår	Md**	%***
..for resultatet av operasjonen.	43	2	30
..for at noe skal gå galt under operasjonen	39	2	30
..for å få komplikasjoner etter operasjonen	38	2	15
..fordi situasjonen jeg er i nå oppleves ukjent*	32	2	25
..for å ikke våkne opp etter narkosen	32	1	25
..for smerter etter operasjonen	32	1,5	15
..på grunn av type operasjon jeg skal i gjennom	28	1	5
..på grunn av diagnosen jeg har fått	24	1	5
..på grunn av tanken på det å bli skjært i	24	1	25
..for å tape kontrollen ved narkosen	24	0	25
..for å våkne opp under operasjonen	25	0	25
..for å kjenne smerte under operasjonen	25	0	25
..for ikke å få tid nok til overvåkning og pleie før utreise fra avdelingen	22	1	5
..for kvalme etter narkosen	21	1	10
..for å se operasjonsstuen med instrumenter, operasjonsbord og	20	0,5	15
..fordi ventetiden oppleves lang	20	1	5
..for kvalifikasjonene og erfaringen til helsepersonellet i avdelingen	18	0,5	10
..for sykehus generelt	15	0	5
..fordi helsepersonellet bruker lite tid på å se og imøtekomme mine	15	0,5	5
..for sprøytstikk og liknende	15	0	5
..for ikke å mestre dagliglivets aktiviteter etter operasjonen	14	0,5	5
..for ikke greie å ta hånd om andre som er avhengig av meg etter operasjonen	12	0	5
..fordi andre pasienter kan se eller høre det som vedkommer bare meg	11	0	0
..fordi den som følger meg til sykehuset ikke kan være sammen med meg under hele oppholdet	11	0	0
..fordi jeg har fått for lite informasjon	11	0	5
..fordi det er vanskelig å stille spørsmål	11	0	0
..fordi jeg tidligere har hatt en negativ opplevelse med narkose	11	0	10
..for å være avhengig av andre etter utreise fra avdelingen	9	0	5
..for å reise hjem, fordi det er langt tilbake til sykehuset	8	0	0
..fordi jeg har fått for mye informasjon*	7	0	0

*n=19 for disse variablene da de har én missing i skårene. **Variabelverdier: 0="Ikke i det hele tatt", 1="I liten grad", 2="I noen grad", 3="I stor grad" og 4="I svært stor grad"

***% for variabelverdi 3 og 4.

Funnene viser at de fleste begrunnelsene i mindre grad passet med respondentens opplevelse av situasjonen før operasjonen. De fleste begrunnelser hadde en fordeling av skårene på lave variabelverdier. Andelen av begrunnelser med en median fra 0 til og med 1 utgjør 80 %. Dette indikerer en positiv skjev fordeling av skårene i favør av lave verdier.

Rangeringen viser at begrunnelser som kan knyttes direkte til det kirurgiske inngrepet, var de mest sentrale blant respondentene. Dette underbygges av begrunnelsenes oppnådde medianverdier. De viser at skårfordelingen på disse begrunnelsene ikke var like positiv skjev som for de fleste andre begrunnelsene. Den sentrale posisjonen underbygges også av at disse begrunnelsene oppnådde høye prosentandeler av skår på de høyeste variabelverdiene, sett i forhold til de andre variablene.

5.2 Evaluering av rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyre og spørreskjema

I den videre presentasjon vil spørsmål og svaralternativer som kommenteres kun benevnes ut i nummeret de har i det utviklede spørreskjemaet.

5.2.1 Rekruttering og deltagelse

Studien hadde en deltagelsesandel på 100 %. Alle spurte takket ja til å delta.

Tre rekrutteringsfeil ble oppdaget under intervjuet av respondentene. Tre ekstra kandidater måtte spørres om å delta. Dette for å fylle opp alle kvotene da det viste seg at to av respondentene skulle bo på hotell og at en respondent ikke leste/skrev norsk.

5.2.2 Utfylling av spørreskjema

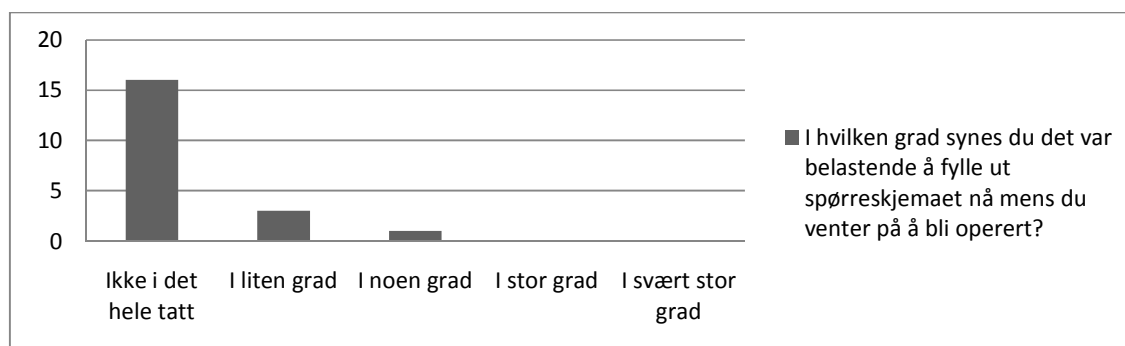
Tidsbruk

Respondentene brukte gjennomsnittelig 7,55 minutter på å fylle ut spørreskjemaet. Den korteste tiden var på 4 minutter, mens den lengste var på 18 minutter. Andelen respondenter som brukte 8 minutter eller mindre, var på 75 %.

Belastningsgrad

Pasientenes angivelse av belastningsgrad ved utfylling rett i forkant av deres operasjon er vist i figur 2.

Figur 2 Belastningsgrad ved utfylling av spørreskjema (n=20)



Andelen respondenter som syntes det var lite eller ikke belastende å fylle ut spørreskjemaet i forkant av operasjonen var på 95 %.

Flere av respondentene kom med flere spontane kommentarer ved besvarelsen av dette spørsmålet. To respondenter uttrykte at de håpet ikke utfylling av spørreskjema forsinket den forestående operasjonen, og den ene av disse ville svart ”ikke i det hele tatt” i stedet for ”i liten grad”, dersom vedkommende hadde fått dette presisert på forhånd. En respondent syntest det var positivt å svare på spørreskjemaet, fordi respondenten gjennom dette fikk satt ord på det vedkommende var engstelig for. En respondent kommenterte at det var greit å fylle ut spørreskjemaet for å få tiden til å gå.

Ingen av respondentene uttrykte behov for videre oppfølging av annet helsepersonell i avdelingen for etter prosjektdeltagelse for hjelp til håndtering av preoperativ angst.

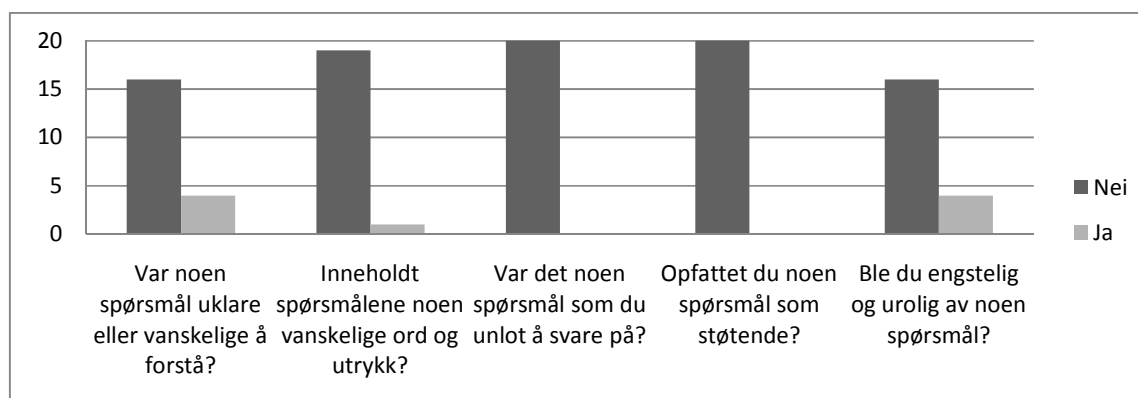
Frafall

Ingen pasienter trakk seg fra deltagelse underveis. Ingen pasienter ble avbrutt under utfylling av spørreskjemaet, slik at de måtte trekkes fra deltagelse. Alle utleverte spørreskjemaer ble levert tilbake i utfylt tilstand.

5.2.3 Spørsmål

Figur 3 viser pasientenes evaluering av spørsmålene i spørreskjemaet.

Figur 3 Evaluering av spørsmål (n=20)



Var noen spørsmål uklare eller vanskelig å forstå meningsinnholdet i?

De fleste pasientene synes spørsmålene var klare og lette å forstå, men fire pasienter syntes ikke dette. To av disse forsto ikke meningsinnholdet i begrepet ”operativt inngrep” i spørsmål B3. De lurte på om dette var det samme som en operasjon. En tredje pasient synes det er vanskelig å skjønne om spørsmål B2 og B3 gjaldt engstelse for operasjonen generelt, eller om det gjaldt i situasjonen før operasjonen. I tillegg syntes vedkommende at spørsmålene spørsmål C13, C14, C16 og C17 influerte hverandre for mye. Den fjerde pasienten syntes det var vanskelig å ta stilling til innholdet i spørsmål C7. Vedkommende ikke hadde rukket å være til samtale med helsepersonellet i avdelingen før utfylling av skjema.

Inneholdt spørsmålene noen vanskelige ord og uttrykk?

En pasient syntes at svaralternativene ”gynekologisk” og ”gastrokirurgisk” i spørsmål A6 var vanskelige ord/uttrykk. Resten av respondentene svarte nei på dette spørsmålet.

Var det noen spørsmål du unnlot å svare på?

Ingen unnlot å svare på noen spørsmål. I to besvarelser ble det funnet et spørsmål uten utfylt svar, altså to ”missing”. Alle respondenter besvarte alle deler av spørreskjemaet. Det var altså ingen partielle frafall.

Oppfattet du noen spørsmål som støtende?

Ingen respondenter hadde kommentarer til dette spørsmålet.

Ble du urolig eller engstelig av noen spørsmål?

Andelen respondenter som svarte ja på dette spørsmålet var 4 av 20. Samtlige ble engstelige av spørsmål C21, C22 og C23. To av disse kommenterte at de hadde ikke tenkt på disse spørsmålene på forhånd, og ble engstelig da de leste dem. En av de andre respondentene kommenterte at vedkommende ikke var blitt urolig eller engstelig av å svare på spørsmålene, men spørreskjemaet fikk vedkommende til å tenke mer på den forestående operasjonen.

Andre begrunnelser oppgitt av respondentene

Andelen respondenter som oppgav andre begrunnelser enn de som var presentert i del C var 5 av 20. Begrunnelsene bleskrevet ned i fritekstfeltet til siste spørsmål i del C (åpent spørsmål, ingen registreringsnummer) av 4 av de 5 respondentene. Siste pasient kommenterte dette under intervjuet. Én pasient beskrev 4 av de 7 begrunnelsene.

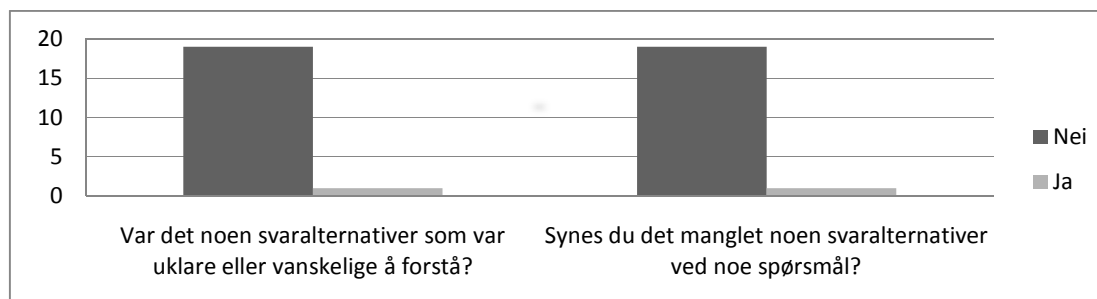
De begrunnelsene som pasientene beskrev var:

- Jeg er engstelig, for at de ikke skal finne årsaken til mine problemer, at kirurgene ikke skal finne noen ting.
- Jeg er engstelig, for å ikke få nok surstoff under narkosen.
- Jeg er engstelig, for at de under inngrepet finner andre skader på indre organer.
- Jeg er engstelig, fordi inngrepet gjøres som dagkirurgi uten innleggelse og medisinsk oppfølging.
- Jeg er engstelig, for at komplikasjoner i form av indre blødninger kan oppstå under operasjonen.
- Jeg er engstelig, for å møte eventuelle kolleger.
- Jeg er engstelig, for å miste kontrollen av meg selv. Ikke bare ved narkosen. Er vant med å ha 100 % kontroll (helheten), og nå får man ikke gjort noe.

5.2.4 Svaralternativer

Figur 4 viser respondentenes evaluering av svaralternativene i spørreskjemaet.

Figur 4 Evaluering av svaralternativer (n=20)



Var det noen svaralternativer som var uklare eller vanskelige å forstå?

En respondent kommenterte at det var vanskelig å angi gradering i del B, og fortalte at vedkommende ikke var spesielt redd, men ville vise at hun var mer engstelig for narkose enn for inngrep. En annen respondent sa det ikke svar alternativene var uklare eller vanskelig å forstå, men kommenterer at spørsmål med graderingssvar er vanskelige å svare på.

Synes du det manglet svaralternativer ved noen spørsmål?

En av respondentene syntes yrkesfag og handelsskole burde vært ført opp under utdanning.

5.2.5 Spørreskjemaets design

Figur 5 viser respondentenes evaluering av spørreskjemaets design.

Figur 5 Evaluering av spørreskjemaets design (n=20)



Var spørreskjemaet lett å lese med tanke på bokstavstørrelser og skrifttyper?

Ingen pasienter hadde kommentarer dette spørsmålet.

Var spørsmål og svaralternativer stilt opp på en lettfattelig og oversiktlig måte?

To av respondentene syntes ikke deler av spørreskjemaet var oversiktlig og lettfattelig. En respondent var dyslektiker syntes det var vanskelig å følge linjene fra spørsmål til svaralternativene ved avkrysning i del C. Den andre respondenten syntes at spørsmål C13, C14, C16 og C17 ikke var stilt opp på en oversiktlig og lettfattelig måte. Dette var samme respondent som syntes at disse spørsmålene influerte hverandre. En tredje respondent syntes spørreskjemaet var oversiktlig og lettfattelig, men syntes det burde vært marg til venstre for all tekst.

Var det lett å lese informasjonen om utfyllingen?

Ingen pasienter hadde kommentarer dette spørsmålet.

5.2.6 Begrepsvaliditet

Reliabilitet

VAS2 i del B og del C oppnådde høye verdier for Chronbach alfa som måler indre konsistens. For VAS2 var denne på 0,73. Dette tilsvarer et akseptabelt nivå (Pallant, 2007). Cronbach alfa for del C i sin helhet var på 0,95. Dette tilsvarer et ønsket nivå.

Chronbach alfa for de fem hovedområdene til del C er presentert i tabell 5.

Tabell 5

Indre konsistens for hovedområder av begrunnelser

Hovedområder	Cronbach alfa
Miljøfaktorer	0,56
Kunnskap	0,73
Kirurgi	0,89
Anestesi	0,91
Postoperative forhold	0,85

Kirurgi, anestesi og postoperative forhold hadde en indre konsistens på ønsket nivå, mens det var på akseptabelt nivå for kunnskap (ibid).

Chronbach alfa for miljøfaktorer lå på et lavt nivå (ibid). I følge Pallant (2007) kan skalaer med færre enn ti ledd få lave verdier. Ved dette anbefales det å sjekke verdien for gjennomsnittelig inter-item korrelasjon, for å vurdere forholdet mellom spørsmålene. Denne bør ligge på 0,2 til 0,4. For miljøfaktorer lå denne verdien på 0,14.

Man kan kontrollere hvert enkelt ledds påvirkning på en skala ved å sjekke oppnådd Chronbach alfa, dersom leddet fjernes fra skalaen (ibid). Å fjerne spørsmål C3 fra tilhørende miljøfaktorer, gav høyest effekt. Da steg Chronbach alfa til 0,65. Dette spørsmålet og spørsmål C6 hadde forøvrig minst grad av korrelasjon med hovedområdets totalskår.

Samtidig kriterievaliditet

Samtidig kriterievaliditet for VAS ble vurdert ved å beregne Spearman rho korrelasjon (signifikansnivå: $p \leq 0,05$). Det ble funnet en signifikant korrelasjon mellom VAS1 og VAS2 (narkose) ($\rho=0,48$, $p<0,03$) og mellom VAS1 og VAS2 (operasjon) ($\rho=0,77$, $p<0,00$). Begge korrelasjonskoeffisienter var positive på henholdsvis moderat og betydelig nivå. Dette indikerer at høy skår på den VAS1 er i moderat og sterk grad assosiert med høy skår på henholdsvis VAS2 (narkose) og VAS2 (operasjon) (Pallant, 2007).

6 DISKUSJON

Formålet med dette kapittelet er å diskutere og evaluere resultatene fra studiens pilottest. Kapittelet innledes med enkelte betraktninger om utvalget som deltok i pilottesten, før rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren vurderes. Deretter følger en evaluering på hvor egnet det utviklede spørreskjemaet er til å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på målekvalitet. Metodekritikk vil inngå i alle deler av diskusjonen.

Da dette er et kvalitetsforbedrende prosjekt på Dagkirurgisk avdeling, vil resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelser Dagkirurgisk avdeling (Larsen, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a, 2009b) anvendes for å bedre belyse noen momenter. Foruten presenterte litteratur, er ekstra litteratur om følelser og kjønn, samt fenomenet "awareness", søkt opp og anvendt.

6.1 Utvalg

De 20 respondentene som fylte ut og evaluerte spørreskjemaet, var stort sett ujevnt fordelt på de demografiske variablenes verdier. Kvoteutvelgelse ble forsøkt for å sikre at utvalget til en viss grad avspeilet populasjonen, og overvekt av kvinner i utvalget er et resultat av denne strategien (Polit et al, 2008). Overvekt av yngre deltagere kan også betraktes som naturlig da kvinner i fertil alder erfaringsmessig utgjør mange av de gynekologiske pasientene, mens de gastrokirurgiske er både yngre og eldre. Når respondentene var skjevfordelt på mange av de andre variablene, skyldes dette trolig valgte utvalgsstrategi og utvalgsstørrelse (ibid). Kvoteutvelgelse er en form for ikke-sansynlighetsutvelgelse der hvert individ i en populasjon ikke har en kjent sannsynlighet for å bli trukket til utvalget. Muligheten er derfor stor for at utvalget ikke blir representativt, slik at noen segmenter blir underrepresentert. Likeledes har små utvalgt mindre sjanse enn større utvalg for å bli representativt i forhold til populasjonen. Disse forhold kan forklare at det er eksempelvis bare finnes én respondent uten tidligere erfaring med narkose, noe som trolig ikke kan betraktes som representativt for populasjonen. Med et så lite og ikke representativt utvalg kan funnene ikke betraktes som trender og generaliseres tilbake til populasjonen (ibid). Det er dessuten fare for at skjevheten kan ha vridd på resultatene. I utgangspunktet burde disse forhold representere svakheter ved studien, men fordi den er lagt opp som en liten pilot som ikke skal kartlegge eller generalisere, kan

ikke slike krav forventes å måtte være tilfredstilt. Resultatene bør likevel betraktes med en viss varsomhet.

6.2 Evaluering av rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren

Som beskrevet kan det preoperative forløp betraktes som en sårbar fase for pasienter som skal opereres dagkirurgisk. På tross av dette viser resultatene at rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyren var gjennomførbar på de fleste områder.

6.2.1 Rekruttering

Det var ikke vanskelig å rekruttere deltagere til denne studien. Alle spurte takket ja til å delta. Dette kan tolkes som at de forespurte oppfattet temaet som så viktig at de gjerne deltok. Årsaken kan også være at rekruttering skjedde gjennom direkte forespørsel ansikt til ansikt. Denne rekrutteringsmetoden er ansett for å være mer effektiv enn forespørsel via brev eller telefon (Polit et al, 2008). Andre faktorer som kan ha spilt inn kan være at sted og tidspunkt for deltagelse ble oppfattet som beleilig for de forespurte, og at de opplevde fordeler ved å delta. De kommentarer som ble gitt under intervjuene, kan tolkes som uttrykk for dette. En respondent opplevde det som greit å delta for å få tiden til å gå. En annen syntes det var godt å få satt ord på det vedkommende var engstelig for.

Det er en hypotetisk mulighet for at rekrutterernes skjønn kan ha virket inn på deltagelsesprosenten. Som tidligere beskrevet kan mestringsevnen og evnen til å ta i mot informasjon, være helt redusert ved sterk angst (Clark, 1993). Deltagere skulle rekrutteres fortløpende ut i fra hvordan de passet kvotene og utvalgskriteriene. En kan likevel ikke utelukke muligheten for at noen potensielle deltagere har vist symptomer på så høy grad av angst, at rekrutteringsansvarlige vurderte det som for belastende for disse å bli forespurt om deltagelse. Således kan det være fare for at bare de som syntes mestre situasjonen rimelig greit ble de som ble spurt. Dette kan ha påvirket oppslutningsandelen, og er et eksempel på såkalte systematiske utvalgsfeil som kan ha påvirket målingene (Hellevik, 2009; Polit et al, 2008). Resultatene viser dessuten at de fleste av respondentene hadde lavere grad av engstelse før operasjonen. En kan ikke se bort i fra at dette skyldtes at de mest engstelige ikke ble spurt.

Det ble gjort noen rekrutteringsfeil underveis i datainnsamlingen, slik at tre tilfeller av avgang ble registrert (Haraldsen, 1999). Dette skjedde til tross for at rekruttererne hadde fått muntlig og skriftlig informasjon om rekrutteringsprosedyre. Selv om studien hadde én hovedansvarlig for rekruttering, måtte flere av vedkommendes kolleger bistå i dette arbeidet som følge av at vedkommende gikk i redusert stilling med varierte arbeidstider. Rekruttererne hadde mange andre oppgaver å ivareta ved siden av deres prosjektdeltagelse, og i en slik travel setting kan feil lett gjøres. Rekruttererne var dessuten flere, og alle var kanskje ikke like inneforstått med oppgaven. Dersom man i en senere kartlegging med spørreskjemaet får et utvalg som ikke samsvarer utvalgsriteriene, kan dette påvirke resultatene. Det er derfor viktig å arbeide videre med denne problematikken. Et forslag kan være å ha maksimalt to rekrutterere som er helt eller delvis frigjort for annet arbeid på avdelingen, og som er trent opp i å undersøke potensielle deltagere i forhold til kriteriene.

6.2.2 Datainnsamlingsprosedyre

Datainnsamlingsprosedyren forløp som ønsket på mange områder. For det første synes det som om studien er gjennomførbar med tanke på belastningsgrad for respondentene. De fleste syntest det ikke opplevdes belastende å fylle ut spørreskjemaet i forkant av deres operasjon, til tross denne fasen kan betraktes som sårbar. Dette støttes av at ingen respondenter trakk seg fra deltagelse underveis eller hadde behov for ekstra oppfølging etterpå. To av respondentene ytret likevel bekymring for at deres deltagelse ville kunne forsinke operasjonen. For å sikre at respondenter i en senere studie skal oppleve utfyllingen så lite stressende og belastende som mulig, bør det derfor presiseres for deltagerne at utfylling av spørreskjema ikke vil foregå på bekostning av deres behandling.

Hele 75 % av deltagerne brukte under 8 minutter på å fylle ut spørreskjemaet noe som indikerer at datainnsamlingsprosedyren var tidsmessig gjennomførbar. Denne korte tidsbruken kan også tolkes som at spørreskjemaet var enkelt å navigere seg igjennom og bestående av en lettfordøyelig presentasjon uten for mange spørsmål. I tillegg kan dette indikere at utfyllingssituasjonen for respondentene var preget av ro og rom for konsentrasjon. Dette støttes av at ingen ble avbrutt under utfylling, at ingen partielle frafall ble registrert, og at kun to respondenter hadde kun et spørsmål som ikke ble besvart. Slik sett ser det ut til at lokalitetene for utfylling ikke inneholdt faktorer som kunne bidra til feil i målingene (Polit et al, 2008). Mangelen på partiell frafall og respondenter trakk seg fra deltagelse underveis kan

forøvrig tolkes som et tegn på at respondentene syntes at spørsmålene i spørreskjemaet så ut til å måle det de skulle. At spørreskjemaet slik sett virket valid på dem (Streiner et al, 2008). En slik overflatevaliditet ved skjemaet kan ha motivert respondentene til fullføre utfyllingen av det, og samarbeide i den videre evalueringen.

Det ble oppdaget at variasjoner i den tidsmessige administrasjonen av spørreskjemaene kan ha bidratt til målefeil i de innsamlede dataene (Polit et al, 2008). Respondentene fylte ut spørreskjemaene til ulik tid i det preoperative forløp. Det kan ha påvirket deres opplevelse av ventetid, informasjon og personalets ivaretagelse av dem (mer utdypet i kapittel 6.3.2). Dette kan igjen ha påvirket deres opplevelse av intensitet av preoperativ angst og begrunnelser for dette. Et fastsatt tidspunkt for når utfylling skal skje er fremsatt som en mulig løsning på dette: Utfylling kan eksempelvis skje etter at preoperativ samtale med kirurg og sykepleier er utført, cirka 30-45 minutter før operasjonen.

6.3 Evaluering av spørreskjemaets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål

Funnene viser at spørreskjemaet på flere områder var egnet for å besvare problemstilling og forskningsspørsmålene, men at det fortsatt må arbeides med tiltak for å heve kvaliteten i målingene. På den måten kan spørsmålene øke sin evne til å gi svar på det som ønskes å måles. En videre utprøving av spørreskjemaet er følgelig nødvendig. Ved spørreskjema utvikling er det anbefalt å gjøre flere pilottester (Bradburn et al, 2004).

I en helhetlig vurdering av spørreskjemaet, kan det sies at de fleste av respondentene syntes spørsmål, svaralternativer og instruksjoner var klare og forståelige, og at spørreskjemaet var organisert og formet på en oversiktlig måte. Ingen unnlot å svare på deler av spørreskjemaet, eller syntes det inneholdt støtende elementer. Slik sett syntes spørreskjemaet å fungere ved utfylling. Enkeltkommentarer om eksempelvis margsetting, gir grunnlag for småjusteringer.

I det videre vil spørreskjemaets deler evalueres hver for seg for å gjøre det mest mulig oversiktlig. Indikasjoner på målekvalitet, feilkilder i målingene og behov for endringer, vil vurderes ved å drøfte resultatene tilknyttet forskningsspørsmålene, begrepsvaliditet og andre undersøkte kvalitetsmål under egne overskrifter. Respondentenes tilbakemeldinger vil veves inn i hele denne evalueringen.

6.3.1 Evaluering av spørreskjemaets del B

Forekomst av preoperativ angst

Det viste seg å være vanskelig å sammenligne forekomsten i denne studien med annen forskning, ettersom VAS, som beskrevet, ofte er utformet forskjellig. Sammenliknbare studier beskriver dessuten ofte forekomst bare gjennom sentralmål og variasjon, fremfor via frekvens. Muligens skyldes disse vansker at det ikke er utarbeidet en felles norm for skår på VAS ved måling av intensitetsgraden for preoperativ angst (Millar et al, 1995).

Det finnes likevel indikasjoner på at forekomsten samsvarer med tidligere forskning til tross for at utvalget var lite og ikke representativt for populasjonen. I denne studien fikk 5 til 8 av 20 respondenter påvist preoperativ angst, og gjennomsnittsskår på VAS var 3,1 til 3,4. Dette er en mellomplassering i forhold til annen målt forekomst. Vogelsangs (1988) gjennomsnitt var på 4,9 (SD 3,3) på 10 cm VAS, og omtrent 50 % hadde skår på 4 eller mer. Mens gjennomsnittet var 46,7 (CI 42,4–45,2) på 100 mm VAS hos Mackenzie (1989). Wetsch et al (2009) fikk et gjennomsnitt på 21,3 (SD 23,9) på 100 med mer VAS ved ankomst avdelingen og 23,8 (SD 26,5) rett før operasjonen. Høyere forekomst i de to første studiene, kan muligens forklares med utvalg bestående hovedsakelig av kvinner. Som beskrevet har kvinner i flere studier fått påvist høyere grad av preoperativ angst enn menn, og kanskje ville denne studiens gjennomsnitt vært høyere med kun kvinnelige deltagere. Til sammenlikning besto over halvparten av deltagerne i Wetsch et al (2009) studie av menn, og respondentene hadde fått premedikasjon 30 minutter før operasjonen. Dette kan forklare deres lavere gjennomsnitt.

Denne studiens gjennomsnitt lå også nær gjennomsnittet til Kindler et al (2000) (frykt for anestesi: 29 på 100 mm VAS, frykt for kirurgi: 33). Her ble målingene gjort kvelden før operasjonen på innlagte operasjonspasienter. Carr et al (2005) fant at graden av preoperativ angst steg fra dagen før operasjonen til anestesi ble gitt. Det er derfor tenkbart at gjennomsnittet i studien til Kindler et al (2000) ville vært høyere enn denne studiens, dersom målingen hadde blitt utført likt tidsmessig. Dette er i midlertidig ikke en selvfølge da litteraturen ikke er samstemt om intensitetsutviklingen ved preoperativ angst (Badner et al, 1990; Carr et al, 2005; Johnston, 1980).

Spredning

I denne studien lå halvparten av skårene på VAS fra 2,5 og 3 og nedover. Noe som viser at de fleste respondentene hadde lavere grad av angst. Skårfordelingen viser samtidig at 4 til 5 av de 20 respondentene oppgav skår fra 6 og oppover, noe som uttrykker at disse hadde høy grad av angst, ut i fra Millar et al (1995) foreslåtte norm. Dette tilsvarer 20-25 % av respondentene, og samsvarer med andelen høy grad av angst som Kindler et al (2000) oppnådde.

Skårfordelingen kan tolkes som en indikasjon på at VAS1 og VAS2 frembringer data med tilstrekkelig spredning (Polit et al, 2008). Å ha et instrument som gjør dette er viktig for å kunne skille mellom respondenter med forskjellige nivåer av preoperativ angst. Begrenset spredning kan tyde på instrumentet ikke greier å gjøre dette, selv om forskjeller i grad av preoperativ angst kanskje egentlig eksisterer. Spredningen støtter med dette at VAS måler intensiteten ved preoperativ angst, slik denne egenskapen er beskrevet gjennom Lazarus (1991). Dette er en styrke for begrepsvaliditeten og kvaliteten på målingene i del B.

Spredningen kan også tolkes som et mulig fravær av sentral tendens bias, en variant av response bias (Streiner et al 2008). Som andre skalaer som måler subjektivt opplevde fenomener, har VAS blitt kritisert for å ha potensiale for å produsere skår som er sentrert på midten av skalaen (Boker et al, 2002; Millar et al, 1995). Sentreringen kan skyldes at VAS kan være en uvant metode for respondenter å uttrykke følelser gjennom. Når respondentene er usikre på hvordan de skal forholde seg til skalaen, er det fare for at de unngår ekstreme svaralternativer, og velger midtorienterte svaralternativ som de tror kan gjelde for følelsen de har. Denne studiens høye og lave skår på VAS, kan i midlertidig tolkes som at de som føler lav eller høy grad av preoperativ angst, er villige til å legge seg på høye eller lave svaralternativer. Følgelig er sentral tendens bias ikke til stede. Samtidig krever denne type systematiske avvik egne undersøkelser, og det har denne studien ikke hatt som målsetning (Boker et al, 2002). Da det finnes en opphopning av skår over og under 2,5 og 3, kan muligheten for at denne type avvik finnes, ikke utelukkes. Sentral tendens bias bør derfor vurderes undersøkt i en videre utprøving av spørreskjemaet.

Grenseverdi

Denne studiens forekomst, er et resultat av at 4 ble valgt som punktet på VAS som skiller de som har preoperativ angst fra de som ikke har det (Polit et al, 2008). Valg av grenseverdi er et

vurderingss spørsmål (Aalen et al, 2006; Magnus et al, 2007). Det ideelle er at et instrument har en høy sensitivitet og en høy spesifisitet for at målingen skal ha høy grad av gyldighet. Helst bør begge være over 90 %, men ofte er det slik at hvis man prøver å høyne det ene, så går det på bekostning av det andre. Dersom man med utgangspunkt i Kindler et al (2000) studie, hadde satt grenseverdien lavere i denne studien, eksempelvis på 2, ville skalaenes sensitivitet økt. Spesifisiteten ville sunket. Dette betyr at andelen av de som ble klassifisert som engstelig, men som ikke var det (falske positive), ville gått opp. Samtidig ville andelen av de som var klassifisert som ikke engstelige, men egentlig var det (falske negative), gått ned. Det motsatte ville skjedd dersom grenseverdien hadde blitt hevet til 6.

Valg av grenseverdi avhengig av hensikten med bruken av valgte instrument (Aalen et al, 2006, Magnus et al, 2007). Hadde bruken av VAS hatt som hensikt å hjelpe flest mulig pasienter med varierende grad av preoperativ angst, ville det vært naturlig å sette en grenseverdi på 2 (Kindler et al, 2000; Moerman et al, 1996). Dette er vanlig i klinisk praksis når fokus er å finne syke og helbrede dem (Aalen et al, 2006). Det viktigste i en slik setting er å unngå en stor andel falske negative, slik at sjansen blir størst mulig for å finne de med sykdom. Det motsatte, en lav andel falske positive, er viktig i store screening-undersøkelser av sykdommer på grupper av mennesker uten symptomer. Det er blant annet fordi det ofte kreves et kostbart apparat for å videreundersøke om de som skåret positivt har sykdommen.

Bruken av VAS i denne studien har ikke en klinisk rettet målsetting, men en målsetting som er forskningsmessig. Ved forskning er valg av grenseverdi avhengig av studiens hensikt og design. I for eksempel eksperimentell/ kvasieksperimentell forskning der redusert preoperativ angst er et viktig utfallsmål, er en lav andel falske positive viktig (Moerman et al, 1996). Dette vil gjøre innsamlede data mindre forurensset. Denne studien har derimot et beskrivende design av type survey. Å fremme en grenseverdi som favoriserer en lav andel falske positive på bekostning av andelen falske negative, eller omvendt, vil kunne gi et skjevt bilde av den faktiske forekomsten, samt redusere kartleggingens verdi når den overordnede målsetting er som beskrevet. Det kan derfor synes fornuftig å velge en grenseverdi der disse faktorene er i et ballanseforhold. I alle fall så lenge man er oppmerksom på at funnet forekomst er beheftet med en viss usikkerhet med tanke på eksistensen av falske negative og falske positive skåringer ved målemetoden.

En grenseverdi på 4 på VAS forsøkte å gi et ballansert bilde av forekomsten i denne pilotstudien. Grenseverdien er i midlertidig valgt ut i fra utregningene til Kindler et al (2000).

For å finne de som har preoperativ angst og ikke i en senere kartleggingsstudie, vil det derfor være nødvendig å få beregnet egne tall for sensitivitet og spesifisitet for ulike grenseverdier på VAS. Til dette trengs vanligvis en skåringene fra en "gullstandard" som disse beregningene kan basere seg på. STAI (state) har tidligere blitt benyttet som dette innen måling av preoperativ angst (Kindler et al, 2000; Moerman et al, 1996; Polit et al, 2008). På grunn av begrensede ressurser ble ikke instrumentet anvendt i denne studien. I en videre utprøving av spørreskjemaet bør følgelig STAI (state) vurderes implementert, for å finne målene.

Som et tillegg eller et alternativ til å dikotomisere skåringene, kunne man med bruk av STAI, også prøvd å identifisere grupper av respondenter med lave, moderate og høye nivåer av preoperativ angst ut i fra skåringer på VAS. Dette har eksempelvis Vogelsang (1988) gjort. En slik form for kartlegging av forekomsten vil kunne gi et bilde på hva som bør hva som bør prioriteres innen utviklingen av praksis på Dagkirurgisk avdeling. Forskjellig intensitet ved angst gir ulike utslag hos dem som har dette (Clark, 1993; Lazarus et al, 1984). Andelen av pasienter med lav intensitet av preoperativ angst, vil kunne gi et bilde på hvor mange av pasientene som evner å eksempelvis ta i mot informasjon for å lindre angsten. Det motsatte vil kunne gi et bilde på hvor mange som har reduserte, problemløsende mestringsstrategier, og følgelig behov for andre former for lindring, eksempelvis premedikasjon.

Sammenheng mellom bakgrunnsvariabler og preoperativ angst

I denne studiens utvalg var yngre respondenter mer engstelig enn eldre, og kvinner mer engstelig enn menn. Andre signifikante sammenhenger ble ikke påvist. Dette kan skyldes at det statistisk var vanskelig å undersøke mulige sammenhenger for mange av de andre variablene, fordi skårfordelingen på variabelverdiene var svært skjev. Funnene avspeiler derfor ikke nødvendigvis virkeligheten.

Alder og preoperativ angst

Denne studiens funn stemmer over ens funnene til enkelte dagkirurgiske studier, samt enkelte studier på innlagte operasjonspasienter (Jacobsen, 2004; Kindler et al, 2000; Mackenzie, 1989; Nyamathi et al, 1988). Samtidig finnes studier som ikke har påvist en sammenheng mellom alder og preoperativ angst (Domar et al, 1989; Caldwell, 1991a; Graham et al, 1971; Moerman et al, 1996; Rosèn et al, 2008).

En forklaring med potensiale for å støtte denne studiens funn, knytter alder og preoperativ angst til erfaring med anestesi. Mackenzie (1989) fant at de uten erfaring var signifikant mer engstelige enn de med en god erfaring, og at de uten erfaring var yngre enn de med. Dette forholdet har blitt tilbakevist av andre forskere (Moerman et al, 1996; Rosén et al, 2008). Forklaringen er også vanskelig å bruke i denne studien. Her var yngre var mer engstelige enn eldre, til tross for at hele 19 av 20 respondenter hadde erfaring med anestesi.

En annen forklaring som også kan støtte denne studiens funn, er teorien om at mestringsmønstre endrer seg med alderen (Folkman, Lazaraus, Pimley og Novaeck, 1987; Lazarus et al, 1984). Folkman et al (1987) fant at yngre mennesker anvender mer interpersonlige, konfronterende og planlagte problemløsende mestringsformer, mens eldre anvender mer intrapersonlige og emosjonsfokusede mestringsformer som distansering. De åpner for at dette kan hjelpe eldre til å kutte stressutviklingen, slik at hendelser som ellers kan ende opp med å oppleves som vanskelig og stressende, blir nøytralisert. Mestring ble ikke kartlagt i denne studien, men bør vurderes innlemmet for å kunne undersøke slike en potensiell forklaring blant de dagkirurgiske pasientene.

Kjønn og preoperativ angst

Som tidligere beskrevet har en rekke studier påvist kjønnsforskjeller i opplevd preoperativ angst. Dette støtter denne studiens funn, og fremmer følgelig spørreskjemaets anvendbarhet (Polit et al, 2008). Samtidig finnes studier på både innlagte og dagkirurgiske operasjonspasienter hvor kjønnsforskjeller ikke er påvist (Caldwell, 1991a; Boker et al, 2002; Elkins et al, 2004; Wetsch et al, 2009).

Litteraturen kan oppdrive flere støttende forklaringer til denne studiens funn. Caumo et al (2001) fremmer at fluktuasjoner i østrogen og progesteronnivået har vist seg delaktig i årsaksbildet til sinnstemnings- og angstforstyrrelser i prekliniske studier, og at dette er mulig årsak til kvinners høyere risiko for preoperativ angst. Moermann et al (1996) knytter kjønnsforskjellene til forskjellige mestringsmønstre. I deres studie hadde menn uten tidligere erfaring med kirurgi og anestesi like høy grad av preoperativ angst som kvinnene, mens menn med erfaring skåret lavere. Følgelig mener de at menn med operasjonserfaring kanskje mestrer angsten på en annen måte enn kvinner. Moermann et al (1996) tankegang indikerer, slik Lazarus (1991, 1999) fremmer, at mestring har betydning for følelsers intensitetsnivå. Samtidig har Lazarus og kolleger ikke klart å finne kjønnsforskjeller i generelle

mestringsmønstre mellom menn og kvinner (Folkman et al, 1987; Folkman og Lazarus, 1980). I denne studien hadde nesten alle respondentene tidligere erfaring med anestesi og kirurgi, slik at det ikke var mulig å undersøke forholdet mellom preoperativ angst, kjønn og tidligere erfaring med kirurgi og anestesi. Mestringsmåter ble ikke kartlagt i spørreskjemaet, og kunne heller ikke undersøkes i forhold til dette.

En annen forklaring knytter denne studiens resultat til en annen variant av response bias som handler om det å bevisst eller ubevisst gi sosialt ønskelige svar (Streiner et al, 2008). Denne studiens kjønnsforskjeller kan skyldes en bevisst eller ubevisst underrapportering av preoperativ angst blant menn, og eksemplifiserer hvorfor måling av preoperativ angst gjennom selvrapportering kan være vanskelig. Domar et al (1989) mener kvinner kan være mer villige til å innrømme eller rapportere høyere angstnivåer, og at skår på deres VAS kun reflekterte selvrapporterte angstnivåer. Følgelig reflekter forskjellene i resultater i deres studie ikke forskjeller i angstnivåer, men ulikheter i kjønns rapportering av dette. Det har også blitt påpekt at kjønnsforskjeller i grad av preoperativ angst, kan speile tillærte sosiale kjønnsroller og en tilpasning disse (Graham et al, 1971). Disse argumenter finner støtte i litteraturen om følelser. På tross av at det emosjonelt opplevde ikke ser ut til å være forskjellig, er det rapportert at kvinner uttrykker følelser mer enn menn, også ved måling av følelser gjennom selv-rapportering (Gross og John, 1998; Kring og Gordon, 1998; Lazarus, 1991; Wagner, Buck og Wintherbottom, 1993). I emosjonelle utviklingsteorier er det fremmet at jenter og gutter lærer og presses til å tilpasse seg forskjellige regler for uttrykking av følelser i deres sosialisering (Brody, 1985; Folkman et al, 1987; Kring et al, 1998). Gutter lærer å skjule de fleste typer følelser, mens jenter i større grad lærer å være fri i deres følelsesmessige uttrykk. I empirien støttes dette av Garside og Klimes-Dougan (2002) som fant jenter ble belønnet, mens gutter ble straffet av foreldrene ved uttrykk av følelser som tristhet og frykt. Det er også funnet at menn i større grad enn kvinner anvender selvkontroll, og maskerer og holder følelsene i større grad for seg selv (Folkman et al, 1987; Gross et al, 1998).

På tross av dette beskrevne skillet mellom menneskers uttrykk for følelser og deres indre opplevelse og erfaring av dem, at det er forskjeller i menneskers evne og vilje til å kjenne og uttrykke dem, mener Lazarus (1991) at måling av følelser bør skje gjennom menneskers selvrapportering. Dette fordi følelser er subjektivt opplevde fenomener. Så lenge man er klar over de problemer som følger metodikken, kan man vinne på at selv-rapporterings skalaer er

mer effektive og er knyttet til lavere kostnader enn dybdestudier (Lazarus, 1991, 1999). Dette støtter denne en videre bruk av denne studiens metode.

Samtidig kriterievaliditet

Målingene viste en moderat korrelasjon mellom VAS1 og VAS2 (narkose), og en sterk korrelasjon mellom VAS1 og VAS2 (operasjon). Dette indikerer i utgangspunktet at det er en god samtidig kriterievaliditet for målemetodene i del B (Polit et al, 2008). Samsvaret mellom testkriteriene kan indikere spørsmålene måler begrepet intensitet ved preoperativ angst.

En kan i midlertidig spørre seg om den meget sterke korrelasjonen mellom VAS1 og VAS2 (operasjon) kan tolkes på en annen måte. I denne studien ble to varianter av VAS valgt for å vurdere kriterievaliditet. Dette ble en utfordring da det under utformingen av del B ble sett at spørsmålene fikk ganske lik ordlyd. For å skille spørsmålene ble tidsangivelsen ”nå før operasjonen” ble satt inn i VAS1, og ordet operasjon ble erstattet med ”et operativt inngrep” i VAS2 (operasjon). I lys av dette kan det i ettertid stilles spørsmål om den meget høye korrelasjonen mellom VAS1 og VAS2 (operasjon) skyldes at disse grep ikke var helt vellykkede: At spørsmålene ble identiske, og følgelig ikke egnet nok for å vurdere samtidig kriterievaliditet. Spørsmålsformuleringene viste seg dessuten å by på tolkningsproblemer for noen av respondentene. To forsto ikke betydningen av ordet ”operativt inngrep” og en tredje lurte på om spørsmålene i VAS2 gjaldt generelt eller før operasjonen. Dette kan ha påvirket målingene. På tross av at resultatene i stor grad samsvarer med tidligere forskning, er det ut i fra disse forhold grunn å hevde at spørreskjemaets del B kan hende ikke fungerte helt optimalt. Dette verken med tanke måling av intensiteten av preoperativ angst, eller i vurderingen av samtidig kriterievaliditet.

Som følge av beskrevne vansker kan det synes fornuftig å fjerne VAS1 eller VAS2 i en senere utprøving av spørreskjemaet, og heller sammenlikne den gjenværende skalaen med et helt annet eksternt kriterium. Grunnlaget for å vurdere begrepsvaliditeten i del B vil med dette også forbedres, ettersom avendelse av ulike operasjonaliseringer av samme begrep er foreslått som tiltak for å bedre begrepsvaliditeten (Kleven, 2002). Et alternativ kunne vært å måle hjerteslag, blodtrykk, håndsvette eller blodverdier som indikatorer for preoperativ angst. Disse tilhører gruppen av observerbare variabler for følelser som Lazarus (1991) kaller fysiologiske reaksjoner. Slike variabler er tidligere anvendt av Graham et al (1971) og Wetsch et al (2009). Svakheten ved disse variablene er at de ikke bare kan knyttes til preoperativ

angst. De kan eksempelvis være tegn på en smerteopplevelse eller andre stressreaksjoner i situasjonen. Det er dessuten anbefalt å anvende et eksternt kriterium som er dokumentert valid og reliabel, og dessverre er ytterligere valideringsstudier etterlyst for bruk av slike fysiologiske variabler (Polit et al, 2008; Streiner et al, 2008; Wetsch et al, 2009). Et bedre alternativ for kan derfor heller være å anvende gullstandarden STAI (state) for en mer pålitelig vurdering av kriterievaliditet. Riktignok er både VAS og STAI basert på skriftlig selvrapportering, og er slikt sett relativt like. STAI er dessuten, som tidligere beskrevet, kritisert for å inneholde for mange spørsmål. Likevel er STAI funnet så valid, at VAS er blitt vurdert opp mot den i flere studier (Kindler et al, 2000; Millar et al, 1995; Moerman et al, 1996; Vogelsang, 1988). Ved bruk av kun de 20 spørsmålene som måler situasjonsbasert angst, vil dessuten mengden spørsmål bare økes fra 45 til 65 i spørreskjemaet. Dette er innenfor rammen av akseptabel spørsmålmengde (Haraldsen, 1999). Tidsmessig virker dette også akseptabelt, ut i fra at respondentene gjennomsnittelig bare brukte 7,55 minutter på å fylle ut spørreskjemaet.

Reliabilitet

Ved måling av indre konsistens bør Chronbach alfa for en skala ligge på minimum 0,7 (Pallant, 2007). VAS2 oppnådde en korrelasjonsverdi på over dette. Det viser at spørsmålene har en god indre konsistens, og indikerer at begge spørsmålene i VAS2 måler samme begrep, nemlig intensitet ved preoperativ angst. Dette representerer en styrke for begrepsvaliditeten (Kleven, 2002; Polit et al, 2008).

En svakhet ved denne studiens reliabilitetstesting er at VAS1 ikke ble vurdert. VAS1 består av kun ett spørsmålsledd, og kan derfor ikke reliabilitetsvurderes ut i fra indre konsistens (Polit et al, 2008). Forskere har heller vurdert en slik VAS ut i fra stabilitet i målingene gjennom test-retest (Gift, 1989; Wewers et al, 1990). Tverrsnittsdesignet i denne studien hindret dette. I en videre utprøving av spørreskjemaet kunne man gjort test-retest, ved at et større utvalg fylte ut spørreskjemaet hjemme uken eller kvelden før operasjonen, samt i avdelingen på operasjonsdagen. Problemet er at test-retest er betraktet som lite egnet til å vurdere en enkeltleddet VAS i måling av dynamiske fenomen (Polit et al, 2008; Wewers et al, 1990). Preoperativ angst må ut i fra Lazarus (1991, 1999) teori betraktes som dette. Følelsen formes og forandres over tid og kontekst. Målinger gjort i forskjellige settinger og tidspunkt, kan følgelig bli vanskelige å sammenlikne. Alternativ kunne utfylling forgått ved ankomst avdelingen og rett før operasjonen, men fortsatt vil møtet med helsepersonellet og

avdelingsmiljøet kunne påvirke opplevelsen av preoperativ angst fra første til andre måling. Ved et så kort tidsintervall er det dessuten fare for at respondentens minne fra første utfylling vil influere re-testen (Polit et al, 2008). Ut i fra forhold som disse, er en reliabilitetsvurdering av en enkeltleddet VAS betraktet som vanskelig å gjennomføre (Wewers et al, 1990). Dette representerer en svakhet ved bruk av VAS1 som målemetode i spørreskjemaet. Det er allerede argumentert for å erstatte VAS1 eller VAS2 med gullstandarden for angstmåling, for kunne undersøke samtidig kriterievaliditet på en god måte. Vanskene med å reliabilitetsteste VAS1 og den gode indre konsistensen for VAS2, gjør det naturlig å erstatte VAS1 med STAI (state) i en videre utprøving av spørreskjemaet.

6.3.2 Evaluering av spørreskjemaets del C

Begrunnelser for preoperativ angst

Funnene viser at begrunnelser som kan knyttes til hovedområdet kirurgi, var de mest sentrale blant respondentene. Dette resultatet stemmer overens med Mackenzies (1989) funn, og den brede plass kirurgi har i gjennomgåtte kvalitative studier og i studier på innlagte operasjonspasienter (Graham et al, 1971, Kindler et al, 2000). Samtidig stemmer dette mindre overens med Mitchells (1997, 2000) og Costas (2001) funn, hvor respondentene var mest engstelig for anestesi. Likevel avviker ikke denne studiens resultater vesentlig fra disse. Selv om aspekter ved anestesi i hovedsak lå noe lavere enn aspekter ved kirurgi, befant de seg blant de 15 øverste plassene. At aspekter ved kirurgi og anestesi er oppgitt som så sentrale, kan tolkes som at møtet med Dagkirurgisk avdeling kan være preget av at dette er en situasjon der sentrale verdier som liv og helse vurderes som truet. Dette til tross for at dagkirurgi erfaringsmessig oppfattes av mange som en virksomhet av mindre alvorlig karakter da pasientene reiser hjem samme dag som de ankommer.

Forholdet mellom aspekter ved kirurgi og anestesi samsvarer forøvrig med skårene på VAS2. Her lå gjennomsnittet for å være engstelig for en operasjon høyere på VAS enn det å være engstelig for narkose. Dette kan tolkes som at det synes som å eksistere en logisk sammenheng mellom målinger i del B og del C, noe som er en styrke for målingene med spørreskjemaet. Denne logiske sammenhengen støttes også av at det er et samsvar mellom påvist lav grad av engstelse blant respondentene og at begrunnelsene generelt fikk lave plasseringer på måleskalaen i del C.

Funnene viser at alle begrunnelser passet med situasjonen til minst én av respondentene, og de fleste av begrunnelsene som respondentene oppga, oppførte seg i samsvar med hvordan litteraturen beskriver dem. Mange av begrunnelsene som fikk minst skår av respondentene, og befant seg på nedre halvdel av presenterte liste, var også omtalt med minst omfang og styrke i den beskrevne forskningslitteraturen. Engstelse for postoperative smerter, som er omtalt som viktig i både kvalitative og kvantitative studier, var blant begrunnelsene med mest skår, (Caldwell 1991b; Costa, 2001; Gilmartin et al, 2008; Mitchell, 2000; Shevde et al, 1991; Rosén et al, 2008).

Resultatet som overrasket mest var den lave 16. plassen til det å være engstelig på grunn av lang ventetid. I beskrevne litteratur om dagkirurgiske pasienter har denne begrunnelsen vært sentral. Også i Kindlers (2000) studie på innlagte operasjonspasienter har lang ventetid vært beskrevet som kilde til angst. En forklaring på resultatet kan naturligvis være at pasienter på Dagkirurgisk avdeling generelt ikke opplever ventetidsproblemer. Det er likevel mer sannsynlig at resultatene kun speiler at akkurat disse pasientene ikke opplevde særlig venting i forkant av utfylling av spørreskjema. For å sikre at pasientene rakk både å fylle ut spørreskjema og å bli intervjuet i pilottesten, ble de fleste tatt inn til dette relativt raskt etter at de hadde samtykket til å delta. Dette faktum ble dermed en svakhet ved pilottestens datainnsamlingsopplegg, og en mulig feilkilde i resultatene. I pasienttilfredshetsundersøkelser på Dagkirurgisk avdeling er lang ventetid yppig omtalt som et problem forbundet med stress og nervøsitet (Larsen, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a, 2009b). Det er derfor en stor sannsynlighet for at respondentenes opplevelse av ventetid, ikke er representativ for opplevelsen av ventetid som pasientene i avdelingen opplever generelt. Et fastsatt tidspunkt for spørreskjemautfylling er allerede lansert som mulig løsning på problemet. Da vil alle ha ventet i mer eller mindre grad, og man vil kunne få et bedre bilde på hvor sentral denne begrunnelsen er for pasientene.

Kunnskap er den hovedgruppen av begrunnelser som innad spriket mest på presenterte liste. Det å være engstelig, fordi situasjonen man er i oppleves ukjent, fikk fjerde mest skårsum blant respondentene. Begrunnelseens viktighet samsvarer med tidligere funn blant både dagkirurgiske og innlagte operasjonspasienter (Caldwell, 1991b; Graham et al, 1971; Kindler et al, 2000; Otte, 1996; Shevde et al, 1991; Rosén et al 2008). Samtidig var ikke så mange engstelige, fordi de hadde fått for mye eller for lite informasjon, eller fordi det var vanskelig å stille spørsmål. Dette samsvarer med resultater fra tidligere pasienttilfredshetsundersøkelser

ved Dagkirurgisk avdeling (Larsen, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a, 2009b). Her har de fleste pasienter vært tilfreds med mottatt informasjon. Spriket samsvarer mindre med Ottens (1996) funn. Hun knytter engstelse for en ukjent situasjon, til det ikke å vite hva man kan forvente, samt det å føle seg uforberedt som følge av for lite eller for mye informasjon.

En tenkbar forklaring på hvorfor respondentene er engstelige for det ukjente, men ikke som følge av aspekter ved informasjonen, kan være at dagkirurgi erfaringsmessig representerer en ny og fremmed setting for mange pasienter. Engstelse for det ukjente i situasjonen var sentral, til tross for nesten alle hadde tidligere erfaring med kirurgi og anestesi. Det kan tenkes at mangel på erfaring med akkurat den dagkirurgiske kontekst spilte større rolle i trusselvurderingen, enn tidligere erfaring med kirurgi og anestesi. Lazarus et al (1986) og Lazarus (1999) hevder at en ny situasjon kan påvirke trusselvurderingen både som følge av manglende kunnskap om situasjonen, og som følge av manglende ferdigheter i å mestre den. Det kan hende at respondentene mente å ha fått tilfredsstillende mengde informasjon, men følte manglende erfaring i å mestre den dagkirurgiske kontekst, slik at dette bidro til deres angst for det ukjente. Tidligere erfaring med dagkirurgi og ulike mestringsmåter etterspørres ikke i spørreskjemaet. Forholdet kunne derfor ikke undersøkes med det nåværende datamaterialet. Det vil følgelig være naturlig å vurdere å tilføye disse aspekter til spørreskjemaet i en videre utprøving det.

En annen potensiell forklaring på spriket, finnes hos Caldwell (1991b) og Kindler et al (2000). De knytter det å være engstelig for det ukjente til engstelse for resultatet av operasjonen. Siden denne begrunnelsen fikk mest skår i denne studien, er ikke utenkelig at respondentene forbandt det ukjente i situasjonen med dette, fremfor informasjonsmessige aspekter. En slik vinkling knytter engstelse for det ukjente i situasjonen til usikkerhet rundt en sentral og dyptgående verdi som fremtidig helse. Det kan forklare hvorfor akkurat engstelse for det ukjente er så høyt opp på listen i forhold til andre informasjonsrelaterte begrunnelser. Lazarus et al (1986) og Lazarus (1999) fremmer situasjoners forutsigbarhet som betydningsfull for trusselvurderingen, og tolkningen finner således en teoretisk støtte her. Videre kan gapet mellom engstelse for det ukjente og de andre informasjonsmessige begrunnelsene, ha forsterket seg ytterligere som følge av en annen beskrevet svakhet ved datainnsamlingsopplegget. Under intervjuet ytret en respondent vansker med å ta stilling til om hun var engstelig, fordi helsepersonellet ikke imøtekom hennes behov. Hun hadde ennå ikke hadde vært til preoperative samtaler med dem. Alle pasienter på avdelingen skal til

samtale med sykepleier og kirurg før inngrepet tar til. Det er ikke klart hvor mange av respondentene som hadde vært til samtale før spørreskjemautfylling. Muligheten for at flere kan ha tenkt som denne respondenten, kan representere en potensiell feilkilde i resultatene. Selv om pasienttilfredshetsundersøkelsene på avdelingen viser at pasientene generelt er tilfreds med service og ivaretagelse av deres behov, kan en ikke se bort i fra at dette kan forklare hvorfor denne begrunnelsen havnet langt nede på listen (Larsen, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a, 2009b). Samtalene inneholder mye informasjon til pasienten. En kan derfor heller ikke se bort i fra at muligheten for at respondentene ikke hadde vært til samtale, kan ha påvirket deres mulighet til å ta stiling om de var engstelige grunnet den informasjon som var gitt. Lærdommen må derfor bli at respondentene bør ha vært gjennom preoperative samtaler på avdelingen, før de fyller ut spørreskjemaet.

Innholdsvaliditet

Spørreskjemaets del C ble konstruert med utgangspunkt i kun eksisterende litteratur. Det er derfor naturlig å vurdere om spørsmålene er representative for de begrunnelser for preoperativ angst som pasienter på Dagkirurgisk avdeling i virkeligheten har. Funnene viser at noen respondenter i alle fall noen grad var engstelige for alle oppførte begrunnelser. Ingen begrunnelser fikk bare skår på svaralternativene *"Ikke i det hele tatt"* og *"I liten grad"*. Dette kan tyde på at begrunnelsene som ble funnet i litteraturen, også var representative for respondentene på avdelingen. Innholdsvaliditeten ser dermed ut til å være ivaretatt i ganske god grad. Dette er en styrke for begrepsvaliditeten i del C (Polit et al, 2008). Dette kan også tolkes som at teoristyrkt metode for spørreskjematforming var fruktbart å anvende for å utvikle et spørreskjema om presenterte tema.

Samtidig førte 5 av 20 respondenter opp sju ekstra begrunnelser for deres preoperative angst. Representerer de ekstra begrunnelsene noen nye begrunnelser for preoperativ angst, slik at innholdsvaliditeten i spørreskjemaet vil økes dersom disse legges til de eksisterende? Eller uttrykker de andre forhold ved del C?

To av begrunnelsene har innhold som skjønnsmessig kan vurderes som nytt til forhold til de begrunnelser som allerede er beskrevet. En tilføring av disse vil kunne øke innholdsvaliditeten i del C. Den første begrunnelsen, *"Jeg er engstelig, fordi inngrepet gjøres som dagkirurgi uten innleggelse og medisinsk oppfølging"*, kan tolkes som et uttrykk for at den dagkirurgiske behandlingsformen fortsatt kan oppfattes som fremmed for mange, og

kanskje derfor føles utrygg. Det gjelder erfaringsmessig kanskje særlig for eldre som fra tidligere av har vært vant til at inngrep som fjerning av galleblære og livmor krevde flere dagers innleggelse.

Begrunnelsen *"Jeg er engstelig for å miste kontrollen over meg selv. Ikke bare ved narkosen. Er vant med å ha 100 % kontroll (helheten), og nå får man ikke gjort noe"* uttrykker noe mer enn innholdet i begrunnelse C20: *"Jeg er engstelig for å miste kontrollen ved narkosen"*. Selv om begrunnelsen lite er belyst i litteraturen om dagkirurgiske pasienter, har den vært beskrevet i studier om innlagte operasjonspasienter (Susleck et al, 2007; Wiens, 1998). Susleck et al (2007) knytter ikke bare kontroll til det å miste fysisk og psykisk ved narkosen, men også blant annet til det å føle seg føle seg hjelpsløs, og å ikke kunne bestemme over sin egen tid og hva som skal skje videre med en. Når denne nye begrunnelsen skal operasjonaliseres inn i spørreskjemaet, ville det enkleste vært å korte ned C20 til *"Jeg er engstelig for å tape kontrollen"*. Da vil også andre forhold ved opplevelse av kontroll enn kun de knyttes til narkose bli dekket av spørsmålet, og antallet spørsmål økes ikke. Svakheten ved dette er at nyanser ved det å engste seg for å tape kontroll i en dagkirurgiske setting forsvinner. Et annet alternativ vil kunne være å opprette det å miste kontrollen som eget hovedområde der nyansene er operasjonalisert til egne spørsmål. Man vil da få innsikt i om eksempelvis respondentene er engstelig *"... fordi jeg føler meg hjelpsløs"*, *"... fordi jeg må overlate kontrollen over meg selv til andre"*, *"... fordi jeg vil være bevisstløs under narkosen"* og/eller *"... fordi jeg vil tape kontrollen over kroppen ved narkosen"*. Svakheten ved dette er at de blir flere spørsmål, og at nyansene kan vurderes som litt overlappende i innhold.

De resterende begrunnelsene kan vurderes som være eksempler på allerede oppførte begrunnelser:

Begrunnelsen *"Jeg er engstelig for å møte eventuelle kollegaer"* kan vurderes som egentlig å ha samme innhold som spørsmål C3: *"Jeg er engstelig fordi andre pasienter kan se eller høre det som vedkommer bare meg"*. Et møte med en eventuell kollega i en annen kontekst enn de normalt treffes i, vil gi kollegaen innsikt i en situasjon hos pasienten som kan betraktes som helt privat. Dette vil kunne gi opplevelse av truet privatliv hos pasienten.

Begrunnelsene *"Jeg er engstelig for å ikke få nok surstoff under narkosen"* og *"Jeg er engstelig for komplikasjoner i form av indre blødninger kan oppstå under operasjonen"*, kan

vurderes som eksempler på begrunnelse C16: ”*Jeg er engstelig for at noe skal gå galt under operasjonen*”. Surstoffmangel og blødning er ikke eksplisitt beskrevet i den dagkirurgiske litteraturen, men komplikasjoner som et generelt begrep er det (Markovic et al, 2004).

Begrunnelsene ”*Jeg er engstelig for at kirurgene ikke skal finne årsaken til mine problemer, at kirurgene ikke skal finne noen ting*” og ”*Jeg er engstelig for at de finner andre skader på indre organer*” kan vurderes som eksempel på begrunnelsen C14: ”*Jeg er engstelig for resultatet av operasjonen*”. Den første begrunnelsen kan relateres til at en stor del av gynekologisk laparoskopi på Dagkirurgisk avdeling går ut på å utrede problematiske tilstander som smerter, blødningsforstyrrelser og infertilitet, og at det er spenning tilknyttet dette. Den andre kan relateres til at respondenten skal gjennom laparoskopi som kirurgisk teknikk. Ved laparoskopi vil man få en annen og bedre oversikt over indre organer enn hva man vil få ved åpen kirurgi. På Dagkirurgisk avdeling er det erfaringsmessig en rutine å ta et overblikk med kameraet over organene i buken for å se etter eventuelle unormaliteter eller tegn på annen sykdom. Pasientene informeres gjerne på forkant om dette. Begrunnelsen er kan hende et uttrykk for pasientens tanker rundt resultatet av denne rutinen ved laparoskopi.

Respondentenes oppføring av disse fem begrunnelsene kan tolkes som et en svakhet ved operasjonaliseringen i del C: At spørsmålene, slik de nå er formulert, ikke fanger opp de begrunnelser for preoperativ angst som er ment. Formuleringene er kanskje for vage til at respondentene skjønner at deres begrunnelse for preoperativ angst faller inn under spørsmålet. Dette støttes av at spørsmål C14 og C16 var blant de spørsmålene som en av respondentene mente influerte hverandre for mye, og betegnet som lite lettfattelige.

Disse forhold taler for et behov for å operasjonalisere begrunnelsene på en bedre måte ved å gjøre spørsmålene mer distinkte. Et forslag på dette kan være å bruke de nye begrunnelsene (eller andre tenkte forhold) som eksempler på innholdet spørsmålene. Dette ved å sette dem i parentes. Eksempelvis kan spørsmål C3 gjøres om til dette: ”*Jeg er engstelig fordi andre (eks. medpasienter / bekjente / kollegaer) kan se eller høre det som bare vedkommer meg*”.

Resultatet av en slik sammenslåing kan gjøre at spørsmålene i større grad skilles fra hverandre og operasjonaliseringen forbedres, uten at spørsmålmengden øker.

Innholdsvaliditet ble i denne pilottesten undersøkt med ett åpent spørsmål om respondenten hadde andre begrunnelser for preoperativ angst, enn de som var oppført i spørreskjemaet. I en videre utprøving av spørreskjemaet på et større utvalg, bør dette åpne spørsmålet fjernes.

Dette for å ikke risikere å få inn et altfor stort datamateriale og påfølgende analysearbeid i etterkant (Polit et al, 2008). Dette hindrer ikke en videre vurdering av innholdsvaliditet i del C. I en videre utprøving av spørreskjemaet kan det åpne spørsmålet eksempelvis erstattes med et lukket ja/nei-spørsmål om respondenten har andre begrunnelser. Dette vil kunne gi en viss indikasjon på om begrunnelsene i del C er representative, selv om ikke man får en direkte pekepinn på hva som i så fall måtte mangle.

Spørsmål som skaper engstelse

Blant respondentene oppgav 4 av 20 at de ble engstelige eller urolige av tre av spørsmålene i spørreskjemaets del C. Dette var begrunnelse C21: *"Jeg er engstelig for å våkne opp under narkosen"*, C22: *"Jeg er engstelig for å kjenne smerte under narkosen"* og C23: *"Jeg er engstelig for å ikke våkne opp etter narkosen"*. Dette skjedde på tross av at det ble gjort en vurdering av i spørreskjema utviklingen om enkelte spørsmål kunne virke truende.

Når så mange av respondentene sa de ble mer engstelig av samme spørsmål, gir dette grunnlag for å drøfte om disse bør fjernes, beholdes eller endres på. Spørsmål som virker truende har potensiale for å påvirke målingen som gjøres gjennom dem (Bradburn et al, 2004; Polit et al, 2008). Hovedargumentet for å gjøre noe med disse spørsmålene, ligger likevel i en av de sentrale fire etiske prinsippene som forskning er tuftet på, nemlig prinsippet om å ikke gjøre skade (SNN, 2003). Dette prinsippet innebærer at et forskningsprosjekt ikke må påføre skadelige virkninger på personer som deltar i det. Det gjelder også psykiske former for skade som stress og angst (Polit et al, 2008). En økt engstelse hos respondentene som følge av spørreskjema utfyllingen, kan betraktes som en slik form for skade, og innebærer viss risiko for skade hos respondenter i en senere kartlegging med spørreskjemaet. En forsker er forpliktet til å unngå, forebygge eller motvirke skade hos deltagerne, herunder også å ivareta deltagerens psykiske velvære før, under og etter prosjektet (Borge, 2003; Polit et al, 2008). Å fjerne spørsmålene kan synes som første naturlige utvei for å redusere risiko for skade, særlig med tanke på at den preoperative fase kan betraktes som en sårbar situasjon. På tross av dette, vil være naturlig å se på hvilke konsekvenser det kan gi å gjøre dette, og å undersøke om det finnes det forhold som taler for å beholde dem.

Begrunnelsene *"Jeg er engstelig for å kjenne smerte under narkosen"* og *"Jeg er engstelig for å våkne under narkosen"* er beskrevet i flere studier på dagkirurgiske pasienter (Gilmartin et al, 2008; Mitchell, 1997, 2000; Shevde et al, 1991). Det samme er *"Jeg er engstelig for å*

ikke våkne opp igjen etter narkosen”, som også rommer frykt for å dø under anestesi (Caldwell, 1991b; Costa, 2001; Gilmartin 2008; Shevde et al, 1991). I denne studien fikk begrunnelsene skår av en rekke pasienter og høye plasseringer på presenterte liste. Disse forhold kan tyde på at begrunnelsene har en sentral plass i universet av begrunnelser for preoperativ angst blant pasienter på Dagkirurgiske avdeling, som vel som blant dagkirurgiske pasienter generelt. Å fjerne begrunnelsene vil ha konsekvens at del C blir redusert i evnen til å måle et representativt utvalg av begrepet begrunnelser for preoperativ angst (Kleven, 2002). Innholdsvaliditeten vil således reduseres. Videre vil det bli mindre samsvar mellom begrepet slik det teorisk er beskrevet og indikatorene som det er operasjonalisert gjennom i spørreskjemaet. Dette betyr at spørsmålene i del C reduserer sin evne til å måle det de er ment å måle, og begrepsvaliditeten i spørreskjemaet svekkes.

Disse konsekvenser vil kunne innebære at en senere kartlegging på Dagkirurgisk avdeling med spørreskjemaet vil kunne bli redusert i verdi da ikke alle potensielle sider ved problemstillingen vil bli belyst. Dette kan ha praktiske implikasjoner for prioriteringer innen utviklingen av praksis i avdelingen. For eksempel kan engstelse for å være våken og å kjenne smerter under operasjonen knyttes til engstelse for ”awareness”/våkenhet under operasjonen (Fasting, 2010; Ghonheim, Block, Haffarnan og Mathews, 2009). Fenomenet er beskrevet med lav forekomst, men mange pasienter har erfaringsmessig hørt om det via bekjente eller massemedia. Fenomenet er blant annet forbundet bruk av muskelrelakserende preparater, noe som helt unntaksvis anvendes under laparoskopiske inngrep på Dagkirurgisk avdeling (ibid). Likevel er det erfart at mange pasienter er engstelig for å våkne opp under operasjonen uten å kunne si i fra om det, og at informasjon om at slike preparater ikke brukes, har gjort flere roligere. Å kartlegge omfanget av frykt for våkenhet under operasjonen, vil kunne gi empirisk grunnlag for en vurdering om intervensjoner av eksempelvis denne type bør prioriteres i avdelingen, og i så fall i hvilket omfang. Dette er viktig kunnskap man vil gå glipp av dersom spørsmålene fjernes.

Det finnes også andre forhold som gjør at alternativet om å beholde spørsmålene i det minste bør vurderes. Det ene er at operasjonspasienter er blitt stilt ovenfor liknende spørsmål i flere andre surveyer (Kindler et al, 2000; Shafer et al, 1996; Shevde et al, 1991). Alle studiene er vurdert og godkjent av forskningsetiske komiteer, og de har ikke rapportert om negative konsekvenser ved å stille slike spørsmål til deltagerne. Det andre er at flesteparten av denne studiens respondenter ikke syntes det var belastende å fylle ut spørreskjemaet mens de ventet

på å bli operert. Dette gjaldt også for to av respondentene som sa de ble engstelig eller urolig av tre av spørsmålene. De resterende to syntes det i liten grad var belastende. I tillegg ytret ingen av deltagerne behov for å snakke med annet helsepersonell i avdelingen om sin preoperative angst i etterkant. Disse faktorene representerer et paradoks som kompliserer tolkningen av respondentenes ytringer om at de ble mer engstelige av spørsmålene. Til sist er utvalget er for lite til å kunne generalisere, og å si at andelen som ytret dette representerer en trend. Likevel, på tross av disse forhold, kommer en ikke utenom at respondentenes ytrede ubehag ved å bli stilt disse spørsmålene, utgjør en potensiell risiko for fremtidig skade. Respekten for det enkelte menneskets integritet og sårbarhet, gjør at tiltak for å minimalisere eller motvirke skade må vurderes og iverksettes dersom spørsmålene skal beholdes (SNN, 2003).

Reoperasjonalisering av spørsmålene er et tiltak som kan tenkes å minimalisere eller motvirke skade. Etter at man har gjort en pilottest, er det anbefalt å revidere spørsmål som skaper vansker (Bradburn et al, 2004). Etter denne piloten er det derfor aktuelt å omformulere spørsmålene slik at de oppleves mindre skremmende og negative i sin form. For eksempel ser en i ettertid at C21 og C22 kunne vært slått sammen til ett spørsmål, og formulert ” *Jeg er engstelig for å ikke sove godt under operasjonen.* ” Dette er en ordlyd som kan oppfattes som mindre truende enn det å være engstelig for å kjenne smerte og våkne under operasjonen. Dette er således en formulering som har potensiale for å gi mindre psykiske skadevirkninger.

Et annet tiltak mot skade kan være å styrke samtykkegrunnlaget for å delta (SNN, 2003). I denne studien ble potensielle deltagere ble invitert til å delta rett etter deres ankomst til avdelingen. Informasjon om studien ble gitt samtidig. Et alternativ til dette, vil kunne være å legge ved et informasjonsskriv om studien sammen med innkallingsbrevet for deres operasjon. Da vil pasientene få mer tid til å reflektere over om de ønsker å delta enn de fikk denne gangen. Videre er det i forbindelse med rekruttering av deltagere anbefalt å informere om metodene som benyttes og på hvilke måter deltagerne eventuelt kan utsettes for ubehag (ibid). Samtykkegrunnlaget kan ut i fra dette styrkes ytterligere ved å utvide informasjonen om hva spørreskjemaet inneholder av type spørsmål. Man kan eksempelvis informere dem om de vil bes om å ta stilling til ulike begrunnelser for preoperativ angst som andre pasienter har oppgitt. Faren ved dette er at de som er veldig engstelige, ikke vil orke å utsette seg for den eventuelle belastningen det måtte medføre å fylle ut spørreskjemaet som følge av dette.

Likevel vil deltagerne kunne få opplevelse av en bedre kontroll og forberedthet over hva de velger å utsette seg for. Risiko for psykiske skadevirkninger vil således kunne reduseres.

Ellers gir beskrevne engstelse blant respondentene grunnlag for å fortsatt opprettholde tilbudet om oppfølging både under og etter prosjektdeltagelse. Innen medisinsk- og psykologisk forskning er studier kritisert for å ha for lite gjennomtenkt beredskap med tanke på psykiske reaksjoner (Borge, 2003). Fordelen ved kartleggingen som er planlagt med dette spørreskjemaet, er at den ikke er som undersøkelser basert på postenquete eller telefonintervju som metode. Respondenten sitter ikke uten et nettverk rundt seg og svarer på spørsmål. Ved prosjektslutt er de ikke overlatt til seg selv, slik at de må søke hjelp på eget initiativ dersom de har behov for det. For å forebygge, minimalisere og motvirke psykisk skade vil prosjektansvarlig fortsatt være tilgjengelig for spørsmål, og det vil fortsatt være tilbud om ettersamtale med personale i avdelingen som ikke er involvert i studien.

Denne pilotstudien ble utformet som et kvalitetsforbedrende prosjekt basert på anonyme opplysninger, og ble vurdert som ikke meldepliktig av sykehusets personvernombud. Studiens forskningsetiske forhold fikk således ikke en ekstern gjennomgang utført av REK. REK skal vurdere om medisinske og beslektede forskningsprosjekter på mennesker oppfyller de forskningsetiske prinsippene (Reuter, 2010). For å sikre at risiko for skade ved bruk av spørreskjemaet er tilstrekkelig vurdert, bør en senere kartleggingsstudie vurderes omgjort til et generelt forskningsprosjekt som er meldepliktig til REK. Da vil ikke kartleggingen bare bli forskningsetisk overveid av de prosjektansvarlige, men også vurdert og godkjent av en ekstern innstans med særskilt kompetanse på området. Publiseringmulighetene vil dessuten bli større ved en slik omgjøring, slik at resultatene av kartleggingen vil kunne komme flere til nytte enn bare personale og pasienter på Dagkirurgisk avdeling (ibid).

Reliabilitet

Indre konsistensen for en samlet del C svært god, da Chronbach alfa var på 0,95 (Pallant, 2007). Den gode indre konsistensen indikerer at spørsmålene i del C i høy grad måler begrunnelser for preoperativ angst. Som ved VAS2 kan dette indikere at operasjonaliseringen har fungert, noe som er en støtte for begrepsvaliditeten.

En vurdering av indre konsistens ble utført som en innledende empirisk evaluering av begrepsvaliditet i del C. Dette ble gjort på tross at del C ikke var ment å utgjøre en homogen,

endimensjonal og sammensatt skala. Svakheten ved dette grepet er at en høy Chronbach alfa, som vi ser i del C, ikke kan garantere at en skala er homogen (Aarø, 2007). Koeffisienten kan bli høy selv om ett sett av variabler egentlig reflekterer sammensatte delområder eller dimensjoner av et begrep. Koeffisienten har en tendens til å øke når antall ledd i et instrument heves. Del C har hele 30 spørsmål om begrunnelser for preoperativ angst, og er, ut i fra hvordan den er fremstilt, trolig sammensatt av flere underliggende dimensjoner.

Når et begrep ser ut til å være sammensatt, slik at måleinstrumentet består av flere delområder, bør man, følge Aarø (2007), først sjekke dimensjonaliteten i en skala før man anvender alfa. Dette kan gjøres med faktoranalyse (Kleven, 2002; Polit et al, 2008).

Faktoranalyse vil kunne identifisert underliggende dimensjoner av beslektede variabler/spørsmål for begrepet begrunnelser for preoperativ angst, samt egenskaper ved disse. Indikasjon på akseptabel grad av begrepsvaliditet fremmes om flere variabler innen samme dimensjoner korrelerer høyere med hverandre enn variabler fra andre dimensjoner (Kleven, 2002). Samtidig bør de ulike dimensjonene korrelere med hverandre ettersom de dekker samme begrep. Faktoranalyse krever i midlertidig minimum 10 deltagere per spørsmål som skal analyseres (Pallant, 2007). Som tidligere beskrevet kunne ikke metoden anvendes i denne studien da del C består av hele 30 spørsmål. Derfor må den anvendes i senere undersøkelse av spørreskjemaet der utvalget er adskillig større. Et annet problem er faktoranalyse egentlig krever at variablene er kontinuerlige (ibid). Spørsmålene i del C kan defineres som kategoriske variabler som befinner seg på ordinalnivå, og i følge Aarø (2007) blir det da nødvendig å sjekke om korrelasjonene kan beskrives lineært. Hvis ikke, må skalaen som anvendes transformeres statistisk, slik at den gjør det. Alternativt kan multippel korrespondanseanalyse anvendes i følge Hellevik (2009). Dette er et parallelt analyseopplegg for variabler på nominalnivå.

På tross av svært god indre konsistens for spørsmålene i del C samlet sett, oppnådde Chronbach alfa og gjennomsnittelig inter-item koerrelasjon for hovedområdet miljøfaktorer ikke ønsket verdi (Pallant, 2007). Disse forhold indikerer en lav indre konsistens for miljøfaktorer, og representerer i utgangspunktet en svakhet ved målingen i del C. Dette svake forholdet mellom spørsmålene kan tolkes som at spørsmålene måler noe annet enn miljøfaktorer som helhet. Spørsmål C3 *"Jeg er engstelig fordi andre kan se eller høre det som bare vedkommer meg"* og C6 *"Jeg er engstelig for kvalifikasjonene og erfaringen til helsepersonellet i avdelingen"* korrelerte minst med hovedområdets totalskår.

Å fjerne slike spørsmål vil kunne øke den indre konsistensen, men spørsmålet er om dette rette stadium å fjerne slike lavere korrelerte spørsmål på (ibid). Fjerning av C3 hevet Cronbach alfa mest, men dette var ikke nok til å oppnå et akseptabelt nivå. Samtidig er reliabiliteten avhengig av utvalget den er beregnet fra (Kleven, 2002; Pallant, 2007). I denne undersøkelsen var utvalget lite og ikke representativt. En kan derfor ikke se bort i fra muligheten for at Chronbach alfa vil endres i en senere undersøkelse, der denne utvalgsproblematikken ikke er toneangivende. Dessuten er del C ikke ment å være en helt homogen og sammensatt skala, og en lavere alfa burde følgelig kan hende vurderes som akseptabel. Et annet moment er at skårene som spørsmålene fikk av respondentene, viser at de ser ut til å være relevante for pasientene på Dagkirurgisk avdeling. Følgelig kan en fjerning av dem kunne senke innholdsvaliditeten for del C. Til sist er det slik at hovedområdene i del C per i dag er utformet på basis av en skjønnsmessig vurdering. I en videre utprøving av spørreskjemaet finnes det mulighet for at en senere faktoranalyse vil kunne dele opp del C i andre og flere hovedområder enn de eksisterende. Korrelasjonsverdien for disse spørsmålene vil følgelig kunne endres. Med andre ord; på tross av lav indre konsistens for miljøfaktorer i denne pilottesten, fremmer disse forhold at en fjerning av spørsmålene bør vente til en senere utprøving av spørreskjemaet, der utvalget er større og faktoranalyse kan gjennomføres.

6.3.3 Evaluering av spørreskjemaet tilknyttet mestring

Som avklart i denne oppgavens innledningskapitler, ble denne studien begrenset til ikke å undersøke alle variabler og årsaksforklaringer som kan knyttes til preoperativ angst. Valgte fokus ble selvrapportert intensitet ved preoperativ angst og trusler. I løpet av denne diskusjonen har en svakhet ved dette valget blitt påpekt. Aspektet mestring har flere ganger blitt etterlyst for å forklare hvordan preoperativ angst utfolder seg hos respondentene. Det har i ettertid gitt grunnlag for å spørre om fokus på intensitet og trusler var nok for å få et dekkende bilde av følelsesprosessen for preoperativ angst slik den utfolder seg hos pasientene på Dagkirurgisk avdeling. Er studiens overordnede teoretiske begrep, preoperativ angst, blir tilstrekkelig belyst gjennom valgte dimensjoner og indikatorer?

Med Lazaraus' (1991, 1999) teori er preoperativ angst ikke bare formet av primærvurderingen og dens trusler. Han anser mestring som essensielt aspekt ved følelsesprosessen fra start til slutt. En forståelse av hvordan mestring fungerer er nødvendig for å forstå stress og følelsesreaksjoner. Overordnet mål for utvikling av dette spørreskjemaet var å skape

kunnskapsgrunnlag for å videreutvikle sykepleiepraksisen på Dagkirurgisk avdeling. Med Lazarus' (1999) tankegang burde dette kunnskapsgrunnlaget også romme en forståelse av hvordan pasientene mestrer sin preoperative angst. Spørreskjemaet burde med dette også inneholde spørsmål om mestringsstrategier. En kartlegging av dette vil kunne komplimentere bildet på hvordan og hvorfor preoperativ angst utvikler seg hos pasientene, og gi indikasjoner på hvilke mestringsstrategier som ser ut til å fungere blant dem. Dette vil kunne gi et bredere grunnlag for utvikling av sykepleiepraksisen i avdelingen. I en senere utprøving av spørreskjemaet kan det derfor synes naturlig å operasjonalisere et spørsmålsett om mestringsstrategier inn i spørreskjemaet.

7 KONKLUSJON

Denne studiens hensikt var å utvikle og pilotteste et spørreskjema som kartlegger forekomst av selvrapportert preoperativ angst hos pasienter som skal til laparoskopisk kirurgi på Dagkirurgisk avdeling og begrunnelser de oppgir for dette.

Litteratursøk på studiens tema fremmet behov for å forme et eget spørreskjema for å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. En teoretisk metode for spørreskjema-utvikling ble utført. Teori av Lazarus (1991, 1999) ble valgt som spørreskjemaets teoretiske forankring. Innholdet ble hentet fra relevant forskningslitteratur for studiens problemstilling. Det utviklede spørreskjemaet ble pilottestet på et lite utvalg av målgruppen for å evaluere planlagte rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyre, samt undersøke hvor egnet spørreskjemaet var til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på målekvalitet.

Pilottesten viser at planlagt rekruttering og datainnsamling synes gjennomførbar med tanke på oppslutning, tid, belastningsgrad og frafall. Det ble avdekket noen rekrutteringsfeil, samt noen feilkilder i målingene som følge den tidsmessige administrasjonen av spørreskjemaene. Dette fremmer behov for mer opptrening av rekrutteringsansvarlige og for etablering av klarere tidsmessige retningslinjer for utfylling av spørreskjemaet i det preoperative forløp.

Resultatene og diskusjonen viser at spørreskjemaet på flere områder var egnet for å besvare problemstilling og forskningsspørsmålene, men at det fortsatt må arbeides med tiltak for å heve kvaliteten i målingene:

Utfylling av spørreskjema gikk greit for de fleste av respondentene med tanke på forståelse av elementene i spørreskjemaet og deres utforming. Pilottestens svar på forskningsspørsmålene støttes av studier med liknende funn og av forklaringer som kan oppdrives i eksisterende teori. Kartlegging av tidligere dagkirurgisk erfaring og mestringsstrategier bør operasjonaliseres inn i spørreskjemaet. Avdekkede potensielle feilkilder bør forebygges.

Spørreskjemaets del B synes å måle grad av preoperativ angst ut i fra spredning av skårene på VAS og god indre konsistens for VAS2. VAS1 bør erstattes med instrumentet STAI (state) ut i fra operasjonaliseringsproblemer med spørsmålene i del B, samt vansker med å måle samtidig kriterievaliditet og å reliabilitetsteste VAS1. Det bør også utarbeides verdier for sensitivitet og spesifisitet for ulike grenseverdier på VAS.

Del C synes å måle begrunnelser ved preoperativ angst ettersom dets innholdsvaliditet i relativt god grad ser ut til å være ivaretatt og spørsmålene viser god indre konsistens. For å bedre begrepsvaliditeten bør spørsmålene gjøres mer distinkte og respondentenes nye begrunnelser tilføyes. En faktoranalyse må til for å vurdere begrepsvaliditet i en videre utprøving av spørreskjemaet. Enkelte spørsmål som skapte engstelse hos respondentene, krever tiltak for å redusere risiko hos psykisk skade hos fremtidige respondenter.

Det kan konkluderes med at spørreskjema og planlagte rekrutterings- og datainnsamlingsprosedyre først bør revideres i henhold til fremsatte forslag, for å kunne anvendes i en senere kartleggingsstudie. Spørreskjemaet bør deretter pilottestes på nytt med et større utvalg. Hovedfokus i denne testen bør være videre vurdering av validitet og reliabilitet, samt beregning av kvalitetsmålene sensitivitet og spesifisitet ved ulike grenseverdi på VAS.

Litteraturliste

- Aalen, OO. (red.), Frigessi, A., Moger, TA., Scheel, I., Skovlund, E. og Veierød, MB. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aarø, LE. (2007). Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: en innføring i survey-metoden. *Hemil-rapport no. 2-2007*. Bergen: Hemil-senteret.
- Auerbach, SM. (1973). Trait-state anxiety and adjustment to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40 (2), 264-271.
- Badner, NH., Nielson, WR., Munk, S., Kwiatowska, C. og Gelb, AW. (1990). Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 37 (4), 444-447.
- Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B., Bringman, S. og Nordström, G. (2003a). Patients' experiences of laproscopic fundoplication in day surgery. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10, 101-107.
- Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B. og Nordström, G. (2003b). Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 253-259.
- Boker, A., Brownell, L. og Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 49 (8), 792-798.
- Borge, AIH. (2003). Psykologi og forskningsetikk: Kan deltagelse i forskningsprosjekt gi psykiske skader? I: KW. Ruyter (red.). *Forskningsetikk – Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 93-107). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brody, LR. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of Personality*, 53 (2), 102-149.
- Bradburn, N., Sudman, S. og Wansink, B. (2004). *Asking Questions: the definitive guide to questionnaire design – for market research, political polls, and social and health questionnaires*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Caldwell, LM. (1991a). The Influence of Preference for Information on Preoperative Stress and Coping in Surgical Outpatients. *Applied Nursing Research*, 4 (4), 177-183.
- Caldwell, LM. (1991b). Surgical Outpatient Concerns – What every Nurse Should Know. *AORN Journal*, 53 (3), 761-767.
- Carlsen, KCL., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, AG., Jacobsen, AF. og Omenaas, E. (2009). *Forskningshåndboken: Fra idé til publikasjon*. Oslo: Oslo universitetssykehus, Ullevål i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.

- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S. og Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (3), 341-352.
- Caumo, W., Schmidt, AP., Schneider, CN., Bergmann, J., Iwamoto, CW., Bandeira, D. og Ferreira, MBC. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 298-307.
- Caumo, W., Schmidt, AP., Schneider, CN., Bergmann, J., Iwamoto, CW., Bandeira, D. og Ferreira, MBC. (2002). Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46, 1265-1271.
- Clark, S. (1993). Psychosocial Needs of Critically Ill Patients. Clochesy, JM: (red.), Breu, C.(red.), Cardin, S. (red.), Rudy, EB. (red.) og Whittaker, EB. (red.). *Critical Care Nursing* (s.75-90). London: W. B. Saunders Company.
- Cohen, F. og Lazarus, RS. (1973). Active Coping Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35 (5), 375-389.
- Costa, MJ. (2001). The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal*, 74, 874-881.
- Crockett, JK., Gumley, A. og Longmate, A. (2007). The development and validation of Pre-operative Intrusive Thoughts Inventory (PITI). *Anaesthesia*, 62, 683-689.
- Domar, AS., Everett, LL. og Keller, MG. (1989). Preoperative Anxiety: Is It a Predictable Entity? *Anesthesia and Analgesia*, 69, 763-767.
- Duesund, R. (2006). Dagkirurgi på Kongsberg Sykehus. *NORDAF Nyhetsbrev*, 2, 6-11.
- Elkins, G., Staniunas, R., Hasan Rajab, M., Marcus, J. og Snyder, T. (2004). Use of a Numeric Analog Anxiety Scale Among Patients Undergoing Colorectal Surgery. *Clinical Nursing Research*, 13 (3), 237-244.
- Fasting, S. (2010). Risiko ved anestesi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5, 498-502.
- Folkman, S. og Lazarus, RS. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, RS., Pimley, S. og Novacek, J. (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.
- Gardner, TF., Nnadozie, MU. og Davis, BA. (2005). Patient Anxiety and Patient Satisfaction in Hospital-based and Freestanding Ambulatory Surgery Centers. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (3), 238-243.

- Garside, RB. og Klimes-Dougan, B. (2002). Socialization of Discrete Negative Emotions: Gender Differences and Links With Psychological Distress. *Sex Roles*, 47 (3/4), 115-128.
- Ghoneim, MM., Block, RJ., Haffarnan, M. og Mathews, MJ. (2009). Awareness During Anesthesia: Risk Factors, Causes and Sequelae: A Review of Reported Cases in the Literature. *Anesthesia and Analgesia*, 108 (2), 527-535.
- Gift, AG. (1989). Visual Analogue Scales: Measurement of Phenomena. *Nursing Research*, 38 (5), 286-288.
- Gilmartin, J. og Wright, K. (2008). Day Surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418-2425.
- Graham, LE. og Conley, EM. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20 (2), 113-122.
- Gran, L., Johansen, TEB. og Weber-Laumann, A. (1988). Kirurgiske dagpasienter – Opplegg og erfaringer gjennom fem år. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23, 1801-1803.
- Gross, JJ. og John, OP. (1998). Mapping the Domain of Expressivity: Multimethod Evidence for a Hierarchical Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 170-191.
- Gundersen, D. (2000). *Norske synonymer blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Gupta, A., Larsen, LE., Sjöberg, F. og Lennmarken, C. (1994). Out-Patient Surgery: A survey of anaesthesia care in a university hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 107-112.
- Guttu, T. (2005). *Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Hankela, S. og Kiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients. *AORN Journal*, 63 (2), 435-442.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hellevik, O. (2009). *Forskningsmetode I sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jackobsen, VH. (2004). *Pasientens møte med operasjonsavdelingen*. Oslo: Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Janis, IL. (1958). *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. New York: John Wiley and Sons.
- Jensen, MP., Karoly, P. og Sandford, B. (1986). The Measurement of Clinical Pain Intensity: A Comparison of Six Methods. *Pain*, 27, 117-126.

- Johnston, M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine*, 10, 145-152.
- Kanto, J. (1996). Preoperative Anxiety: Assessment and Treatment. *CNS Drugs*, 6 (4), 270-279.
- Kiecolt-Glaser, JK., Page, GG., Marucha, PT., MacCallum, RC. og Glaser, R. (1998). Psychological Influences on Surgical Recovery – Perspectives From Psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53 (11), 1209-1218.
- Kindler, CH., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T. og Scheidegger, D. (2000). *Anesthesia and Analgesia*, 90, 706-712.
- Klafta, JM. og Roizen, MF. (1996). Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia: A Review. *Anesthesia and Analgesia*, 83, 1314-1321.
- Kleven, TA. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I: T. Lund (red.). *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 141-183). Oslo: Unipub forlag.
- Kremer, E., Atkinson, JH. og Ignelzi, RJ. (1981). Measurement of pain: Patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, 10, 241-248.
- Kring, AM. og Gordon, AH. (1998). Sex Differences in Emotion: Expression, Experience, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), 686-705.
- Kristoffersen, NJ. (1988). *Trusselvurdering, mestring og kontroll*. Oslo: Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Lackey, NR. og Wingate, AL. (1998). The Pilot Study: One Key to Research Success. I: PJ. Brink (red.) og MJ. Wood (red.). *Advanced design in nursing research* (s. 375-386). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lankton, JW., Batchelder, BM. og Ominsky, AJ. (1977). Emotional Responses to Detailed Risk Disclosure for Anesthesia, a Prospective, Randomized Study. *Anesthesiology*, 46, 294-296.
- Larsen, RL. (2008a). *Pasienttilfredshet og infeksjonsregistrering Ved [redacted]*. Tidsrom f.o.m. 15.10.07 t.o.m. 23.11.07. Oslo: [redacted]. Upublisert materiale.
- Larsen, RL. (2008b). *Pasienttilfredshet og infeksjonsregistrering Ved [redacted]*. Tidsrom f.o.m. 31.08.07 t.o.m. 12.10.07. Oslo: [redacted]. Upublisert materiale.
- Larsen, RL. (2008c). *Pasienttilfredshet og infeksjonsregistrering Ved [redacted]*. Tidsrom f.o.m. 26.11.07 t.o.m. 04.01.08. Oslo: [redacted]. Upublisert materiale.
- Larsen, RL. (2009a). *Brukerundersøkelse Ved [redacted]*. I samarbeid med Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten.

- 500 pasienter operert i tidsrommet f.o.m. 14.01.08 t.o.m. 15.05.08. Oslo: [REDACTED]. Upublisert materiale.
- Larsen, RL. (2009b). *Brakerundersøkelse Ved [REDACTED], [REDACTED]*. I samarbeid med Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. 500 pasienter operert i tidsrommet f.o.m. 01.10.08 t.o.m. 16.12.08. Oslo: [REDACTED]. Upublisert materiale.
- Lazarus, RS. og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, RS. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, RS. (1999). *Stress and Emotion A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Levandovski, R., Ferreira, MBC., Hidalgo, MPL., Konrath, CA., da Silva, DL. og Caumo, W. (2008). Impact of preoperative anxiolytic on surgical site infection in patients undergoing abdominal hysterectomy. *American Journal of Infection Control*, 36 (10), 718-726.
- Lindén, I. og Engberg, IB. (1995). Patients' opinions and experiences of ambulatory surgery – a self-care perspective. *Journal of Ambulatory Surgery*, 3 (3), 131-139.
- Lund, T. (2002). Metodologiske prinsipper og referanserammer. I: T. Lund (red.). *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 79-123). Oslo: Unipub forlag.
- Lund, T. og Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub forlag.
- Lundeberg, T., Lund, I., Dahlin, L., Borg, E., Gustafsson, C., Sandin, L., Rosén, A., Kowalski, J. og Eriksson, SV. (2001). Reliability and responsiveness of three different pain assessments. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33 (6), 279-283.
- Mackenzie, JW. (1989). Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a Day Bed Unit. *Anaesthesia*, 44, 437-440.
- Magnus, P. og Bakketeig, LS. (2007). *Epidemiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Vu, T. og Manderson, L. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Australian Health Review*, 25 (3), 52-59.
- Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Manderson, L., Allotey, P., Murray, S. og Vu, T. (2004). Day Surgery in Australia: Qualitative Research Report. *Journal of Sociology*, 40 (1), 74-84.
- Martinez-Urrutia, A. (1975). Anxiety and Pain in Surgical Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4), 437-442.

- Millar, K., Jellicic, M., Bonke, B. og Asbury, AJ. (1995). Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *British Journal of Anaesthesia*, 74, 180-183.
- Miller, SM. og Mangan, CE. (1983). Interacting Effects of Information and Coping Style in Adapting to Gynecological Stress: Should the Doctor Tell All? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (1), 223-236.
- Mitchell, M. (1997). Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 356-363.
- Mitchell, M. (1999). Patients' perceptions of day surgery: A literature review. *Journal of Ambulatory Surgery*, 7, 65-73.
- Mitchell, M. (2000). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Journal of Ambulatory Surgery*, 8, 19-29.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 806-815.
- Moene, M., Bergbom, I. og Skott, C. (2006). Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (2), 199-207.
- Moermann, N. og van Dam, FSAM. (1995). Fear of anesthesia. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 62-65.
- Moermann, N., van Dam, FSAM., Muller, M. og Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*, 82, 445-451.
- Moesmann, AM. og Kjøllesdal, A. (2007). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Montague, SE. (1987). The nature of stress and its relationship with physical illness. I: JRP. Boore (red.), R. Champion (red.) og MC. Ferguson (red.). *Nursing the Physically Ill Adult – A Textbook of Medical-surgical Nursing* (s. 153-185). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: MS. Fagermoen, R. Nord, BR. Hanestad og E. Bjørnskog (red.). *Fra kunst til kolikk* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere (2005). *Myndighetsområde og Funksjonsansvar*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 9.11.2007 fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/117913/Myndighetsomr%C3%A5de%20og%20funksjonsbeskrivelse.pdf>
- Nortvedt, MW., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, LM. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- Nyamathi, A. og Kashiwabara, A. (1988). Preoperative Anxiety: Its Affect on Cognitive Thinking. *AORN Journal*, 47 (1), 164-170.
- Oltedal, S. og Garratt, A. (2006). *Videreutvikling av spørreskjema for å måle pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter. Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Otte, DI. (1995). Patients' perspectives and experiences of day case surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1228-1237.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. Midenhead: Open University Press.
- Parris, WCV., Matt, D., Jamison, RN. og Maxson, W. (1988). Anxiety and Postoperative Recovery in Ambulatory Surgery Patients. *Anesthesia Progress*, 35, 61-64.
- Polit, DF. og Beck, CT. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Quinn, AB., Brown, JH., Wallace, PG. og Ashbury, AJ. (1994). Studies in postoperative sequelae. Nausea and vomiting – still a problem. *Anaesthesia*, 49, 62-65.
- Ramsay, MAE. (1972). A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia*, 27 (4), 396-402.
- Rhodes, L., Miles, G. og Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 178-192.
- Rosén, S., Svensson, M. og Nilsson, U. (2008). Calm of Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23 (4), 237-246.
- Ruyter, KW. (2010). Etik i forskning. *Sykepleien Forskning*, 1, 72-78.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, CM., Sandvik, L. og Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320.
- Scott, LE., Clum, GA. og Peoples, JB. (1983). Preoperative Predictors of Postoperative Pain. *Pain*, 15, 283-293.
- Seyle, H. (1978). *The stress of life – revised edition*. Columbus: McGraw-Hill.
- Shafer, A., Fish, MP., Gregg, KM., Seavello, J. og Kosek, P. (1996). Preoperative Anxiety and Fear: A Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. *Anesthesia and Analgesia*, 83, 1285-1291.
- Shevde, K. og Panagopoulos, G. (1991). A Survey of 800 Patients' Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 73, 190-198.

- Spielberger, CD., Gorsuch, RL. og Lushene, RE. (1970). *STAI Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, CD., Auerbach, SM., Wadsworth, AP., Dunn, TM. og Taulbee, ES. (1973). Emotional reactions to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40 (1), 33-38.
- Sriwatanakul, K., Kelvie, W., Lasagna, L., Calimlim, JF., Weis, OF. og Mehta, G. (1983). Studies with different types of visual analog scales for measurements of pain. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 34 (2), 234-239.
- Streiner, DL. og Norman, GR. (2008). *Health measurement scales*. Oxford: Oxford University Press.
- Suhonen, R. og Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, 5-15.
- Susleck, D., Secrest, J., Holweger, J. og Myban, G. (2007). The Perianesthesia Experience From the Patient's Perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22 (1), 10-20.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN) (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning I Norden*. Oslo: Vård i Norden.
- Toftgaard, C. og Parmentier, G. (2006). Suggested international terminology and definitions. I: P. Lemos (red.), P. Jarrett (red.) og B. Philip (red.). *Day Surgery – Development and Practice* (s. 35-59). London: International Association for Ambulatory Surgery.
- Vogelsang, J. (1988). The Visual Analog Scale: An Accurate and Sensitive Method for Self-Reporting Preoperative Anxiety. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 3 (4), 235-239.
- Wagner, HL., Buck, R. og Winterbotham, M. (1993). Communicating of specific emotions: gender differences in sending accuracy and communication measures. *Journal of Nonverbal Behavior*, 17 (1), 29-53.
- Walker, J., Brooksby, A., McInerny, J. og Taylor, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management*, 6, 193-200.
- Walker, KJ., Smith, AF. og Pittaway, A. (2003). Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-20.
- Wetsch, WA., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, JF., Traweger, C., Heinz-Erlan, P. og Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day care patients and inpatients undergoing fast track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103 (2), 199-205.
- Wewers, ME. og Lowe, NK. (1990). A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Research in Nursing and Health*, 13, 227-236.
- Wiens, AG. (1998). Preoperative Anxiety in Women. *AORN Journal*, 68 (1), 74-88.

Williams, A., Ching, M. og Loader, J. (2003). Assessing patient satisfaction with day surgery at a metropolitan public hospital. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21 (1), 35-41.

Øyri, A. (1992). *Norsk medisinsk ordbok*. Oslo: Det Norske Samlaget.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET



"Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?"

Spørreskjema til pasienter som skal opereres på

Takk for at du er villig til å delta i denne undersøkelsen.

Vennligst les denne informasjonen før du svarer på spørreskjemaet.

Om spørreskjemaet:

Dette spørreskjema handler om å være engstelig før en operasjon.

Før en operasjon kan noen pasienter være bekymret, redd, urolig eller spent.
I spørreskjemaet betyr ordet engstelig alt dette.

Spørreskjemaet er delt inn i tre deler:

Del A inneholder noen spørsmål om bakgrunnen din.

Del B handler om grad av engstelse før operasjonen.

Del C handler om begrunnelser for å være engstelig før en operasjon.

Om utfylling av spørreskjemaet:

Når du svarer på del B og C, så husk at det ikke finnes riktige eller gale svar.

Ikke tenk for lenge på hvert spørsmål, vi ønsker din umiddelbare vurdering av situasjonen her og nå.

Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene.

Du skal sette ett kryss for hvert spørsmål.

Dersom du skriver feil, kan du sverte ut svaret som ikke gjelder slik: ■

Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Etter utfylling av spørreskjema og intervju:

Ferdig utfylt skjema legges i vedlagte svarkonvolutt etter at du har blitt intervjuet. Lim konvolutten igjen, og lever til sykepleieren som har intervjuet deg.

Dersom du er engstelig før operasjonen og ønsker samtale om dette, kan sykepleieren som intervjuet deg formidle kontakt med en annen fagperson i avdelingen.

DEL A

1) Alder: år

2) Kjønn: ☐ Mann ☐ Kvinne

3) Hva er din sivilstatus?

- ☐ Gift/Partner/Samboer
- ☐ Gift/Partner/Samboer m/ omsorg for barn under 18 år
- ☐ Enslig
- ☐ Enslig m/ omsorg for barn under 18 år
- ☐ Annet

4) Hva er din høyeste utdanning?

- ☐ Grunnskole
- ☐ Videregående skole
- ☐ Høgskole/Universitet inntil 4 år
- ☐ Høgskole/Universitet over 4 år

5) Er du yrkesaktiv? ☐ Ja ☐ Nei

6) Hva slags type operasjon skal du ha? ☐ Gynekologisk ☐ Gastrokirurgisk ☐ Vet ikke

7) Har du blitt operert tidligere? ☐ Ja ☐ Nei

8) Har du fått narkose tidligere? ☐ Ja ☐ Nei

9) Hvilken voksen person skal du være sammen med første døgnet etter operasjonen?

- ☐ Ektefelle/Partner/Samboer
- ☐ Annen nær familie (mor/far, søster/bror, voksen sønn/datter)
- ☐ Fjern familie (eks. tante/onkel, fetter/kusine)
- ☐ Kjæreste
- ☐ Venn
- ☐ Bekjent

10) Skal du være i eget hjem første døgnet etter operasjonen? ☐ Ja ☐ Nei

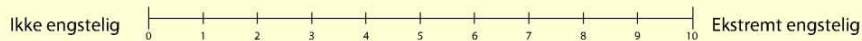
DEL B

De tre neste spørsmålene har en rett linje som du skal krysse svaret ditt på.

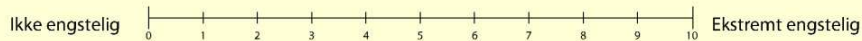
Linjen er en skala som måler grad av engstelse.
Skalaen går fra 0 (*ikke engstelig*) til 10 (*ekstremt engstelig*).

Oppgi grad av engstelse ved å sette et kryss på linjen, for å vise hvor på skalaen du befinner deg.

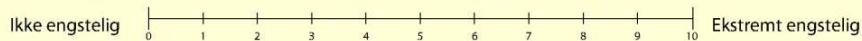
1) I hvilken grad føler du deg engstelig nå før operasjonen?



2) I hvilken grad er du engstelig for narkose?



3) I hvilken grad er du engstelig for et operativt inngrep?



DEL C

Nedenfor finner du flere begrunnelser på hvorfor pasienter kan være engstelige før en operasjon.
Begrunnelsene er formulert som utsagn.

I hvilken grad passer utsagnene til din situasjon nå før operasjonen?

(Sett ett kryss for hvert utsagn)

Jeg er engstelig:

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1)...for sykehus generelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)...for å se operasjonstuen med instrumenter, operasjonbord og liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)...fordi andre pasienter kan se eller høre det som vedkommer bare meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)...fordi ventetiden oppleves lang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)...fordi den som følger meg til sykehuset ikke kan være sammen med meg under hele oppholdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)...for kvalifikasjonene og erfaringen til helsepersonellet i avdelingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)...fordi helsepersonellet bruker lite tid på å se og imøtekomme mine behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 1 – Spørreskjema

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg er engstelig:					
8).....fordi situasjonen jeg er i nå oppleves ukjent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9).....fordi jeg har fått for lite informasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)....fordi jeg har fått for mye informasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)....fordi det er vanskelig å stille spørsmål.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er engstelig:					
12)...på grunn av diagnosen jeg har fått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)...på grunn av type operasjon jeg skal i gjennom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)...for resultatet av operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)...på grunn av tanken på det å bli skjært i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)...for at noe skal gå galt under operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)...for å få komplikasjoner etter operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er engstelig:					
18)...for sprøytestikk og liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19)...fordi jeg tidligere har hatt en negativ opplevelse med narkose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20)...for å tape kontrollen ved narkosen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21)...for å våkne opp under operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22)...for å kjenne smerte under operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23)...for å ikke våkne opp etter narkosen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er engstelig:					
24)...for kvalme etter narkosen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25)...for smerter etter operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26)...for ikke å få tid nok til overvåkning og pleie før utreise fra avdelingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27)...for å reise hjem, fordi det er langt tilbake til sykehuset.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28)...for å være avhengig av andre etter utreise fra avdelingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29)...for ikke greie å ta hånd om andre som er avhengig av meg etter operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30)...for ikke å mestre dagliglivets aktiviteter etter operasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Noen pasienter kan være engstelige før en operasjon, men samtidig oppleve at begrunnelsene ovenfor ikke helt dekker deres oppfatning av situasjonen.

Dersom dette er slik for deg, hadde det vært fint om du skrev ned din(e) begrunnelse(r) for hvorfor du er engstelig i det åpne feltet nedenfor.

TUSEN TAKK FOR FOR DIN DELTAGELSE!



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET



EVALUERINGSSKJEMA FOR SPØRRESKJEMA Pilotstudie: "Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?"

1) Hvor mange minutter brukte du på å fylle ut spørreskjemaet?

Antall minutter:.....

2) Var det noen spørsmål som var uklare eller vanskelig å forstå meningsinnholdet i?

☐ Nei

☐ Ja

_____ Hvilke spørsmål var uklare eller vanskelig å forstå?

_____ Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Hva var uklart eller vanskelig å forstå? (utfyllende kommentar):

3) Var det noen spørsmål som inneholdt vanskelige ord og uttrykk?

☐ Nei

☐ Ja

_____ Hvilke spørsmål inneholdt vanskelige ord og uttrykk?

_____ Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Hvilke ord og uttrykk var vanskelige? (utfyllende kommentar):

Vedlegg 2 – Evalueringsskjema

4) Var det noen spørsmål som du unnlot å svare på?

☐ Nei

☐ Ja

Hvilke spørsmål unnlot du å svare på?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Hvorfor unnlot du å svare på dem?

☐ Forstår ikke spørsmålstillingen

☐ Har ikke grunnlag for å svare

☐ Greier ikke å avgjøre hva jeg skal svare

☐ Mangler et passende svaralternativ

☐ Nekter å svare

☐ Annet

5) Var det noen svaralternativer som var uklare eller vanskelige å forstå?

☐ Nei

☐ Ja

Hvilke svaralternativer var uklare eller vanskelige å forstå?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Hva var uklart eller vanskelig å forstå ved svaralternativene? (utfyllende kommentar):

6) Synes du det manglet noen svaralternativer ved noen spørsmål?

☐ Nei

☐ Ja

Hvilke spørsmål manglet svaralternativ?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Utfyllende kommentar:

Vedlegg 2 – Evalueringsskjema

7) Var spørreskjemaet lett å lese med tanke på bokstavstørrelse og skrifttype?

☐ Ja

☐ Nei

Hva var vanskelig å lese?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Utfyllende kommentar:

8) Var spørsmål og svaralternativer stilt opp på en lettfattelig og oversiktlig måte? (rekkefølge, plassering av spørsmål og svar på arket)

☐ Ja

☐ Nei

Hvor synes du det ikke var lettfattelig eller oversiktlig?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Utfyllende kommentar:

9) Var det lett å lese og forstå informasjonen om hvordan du skulle fylle ut spørreskjemaet?

☐ Ja

☐ Nei

Hvor i spørreskjemaet var det vanskelig å forstå informasjonen?

☐ Informasjon på side 1

☐ Informasjon i del A

☐ Informasjon i del B

☐ Informasjon i del C

Hva ved informasjonen var vanskelig å forstå? (utfyllende kommentar):

Vedlegg 2 – Evalueringsskjema

10) Oppfattet du noen av spørsmålene som støtende?

☐ Nei

☐ Ja

Hvilke spørsmål oppfattet du som støtende?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Utfyllende kommentar:

11) Var det noen spørsmål som gjorde deg urolig eller engstelig?

☐ Nei

☐ Ja

Hvilke spørsmål gjorde deg urolig eller engstelig?

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Del:

Spørsmål:

Utfyllende kommentar:

13) I hvilken grad synes du det var belastende å fylle ut spørreskjemaet nå mens du venter på å bli operert?

☐ Ikke i det hele tatt

☐ I liten grad

☐ I noen grad

☐ I stor grad

☐ I svært stor grad

Vedlegg 3 – Invitasjon og informasjonsskriv



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET



INVITASJON TIL DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET: "ENGSTELIG FØR EN DAGKIRURGISK OPERASJON?" - EN PILOTSSTUDIE

Du inviteres herved til å delta i en pilotstudie på [REDACTED].

Pilotstudien er del av det kvalitetsforbedrende arbeidet som pågår i avdelingen. Hensikten med studien er å utvikle og teste et spørreskjema som undersøker i hvilken grad pasienter i avdelingen er engstelige før de skal opereres, og hvilke begrunnelser pasienter oppgir for dette. Overordnet mål for det ferdige spørreskjemaet er å kunne hente inn opplysninger om temaet som kan bidra til å videreutvikle sykepleiepraksisen i avdelingen overfor pasienter som er engstelige før de skal opereres. For at et spørreskjema skal bli så bra som mulig, er det viktig å prøve det ut på noen pasienter før det ferdigstilles. Pasienters tilbakemelding på hvordan det var å fylle ut skjemaet er viktig for å få et spørreskjema som henter inn opplysninger om temaet på en best mulig måte.

Dersom du velger å delta i studien, vil en av sykepleierne i avdelingen gi deg et spørreskjema til utfylling mens du venter på å bli tatt inn på operasjonsstuen. Utfyllingen vil ta inntil 10-15 minutter. Etter at du er ferdig med å fylle ut spørreskjemaet, vil sykepleieren stille deg noen spørsmål om hvordan du synes det var å fylle det ut. Dette vil ta inntil 20 minutter.

Dersom du er engstelig før operasjonen, vil sykepleieren, dersom du ønsker det, hente inn en annen fagperson i avdelingen for en samtale med deg om dette etter intervjuet.

Å delta i studien er helt frivillig. Det vil ikke gi noen konsekvenser for din nåværende eller fremtidige behandlingen ved sykehuset om du takker nei til å delta, eller velger å trekke deg underveis i studien.

Din deltagelse i studien er helt anonym. Du skal ikke oppgi navn, adresse eller fødselsdata på spørreskjemaet. Spørreskjemaet er kun kodet slik at svarene du krysser av, kan kobles med svarene du gir til sykepleieren som intervjuer deg. Sykepleieren som intervjuer deg skal ikke se hva du har svart i spørreskjemaet. Når intervjuet er ferdig, skal du legge spørreskjemaet i vedlagte svarkonvolutt, lime konvolutten igjen og gi den til sykepleieren. Spørreskjemaet og dine svar under intervjuet vil makuleres ved prosjektslutt i juni 2010. Frem til da vil svarene oppbevares innelåst i avdelingen kun tilgjengelig for prosjektleder.

Dersom du velger å delta, vil ditt innleverte spørreskjema regnes som din bekreftelse på at du har fått muntlig og skriftlig informasjon om studien og at du samtykker i å delta.

For spørsmål kan du henvende deg til prosjektleder og mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, Tove Kristine I. Johansen (tlf: [REDACTED]), eller veileder for prosjektet Inger Schou-Bredal, Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag og Forsker ved [REDACTED] (tlf: [REDACTED]).

Vennlig hilsen Tove Kristine I. Johansen,

Mastergradstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Vedlegg 4 – Søknad til avdeling og forskningsutvalg

Spesialsykepleier Tove Kristine I. Johansen

Oslo, 11.06.09

Mailadresse: [redacted] eller [redacted]

Leder for forskningsutvalget i Akuttdivisjonen

og

Avdelingsleder [redacted] Gabriella Bäckström

Søknad om tillatelse til å utføre pilotstudie på pasienter ved [redacted]

Mitt navn er Tove Kristine I. Johansen, og jeg er spesialsykepleier ved [redacted]. Jeg er også mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitet i Oslo hvor jeg skriver en masteroppgave med forløpig tittel ” *Engstelig for en dagkirurgisk operasjon?* ” - *En pilotstudie*. Denne masteroppgaven er en pilotstudie som er tenkt å være et kvalitetsforbedrende prosjekt i [redacted]. Opplysninger om pilotstudien finnes i vedlagte forskningsprotokoll, informasjonsskriv, spørreskjema og evalueringskjema.

Det søkes herved om tillatelse til å utføre pilotstudien på [redacted]

[redacted], hvilket innebærer:

- 1) Tillatelse til å invitere pasienter som fyller utvalgsriteriene til å delta i pilotstudien, dele ut spørreskjema til pasientene og innhete deres evaluering av spørreskjemaet gjennom et strukturert intervju. Målsetning er å oppnå 20 pasienter som besvarer spørreskjema og blir intervjuet.
- 2) Tillatelse til at en eller flere av sykepleierne på PO, [redacted], kan være rekrutteringsansvarlig for pilotstudien. Per i dag har sykepleier [redacted] sagt seg villig til å påta seg denne oppgaven dersom studien godkjennes. Rekrutteringsansvarlig vil invitere og informere pasientene muntlig og skriftlig (se vedlagte informasjonsskriv) ved rekruttering.
- 3) Tillatelse til at en av avdelingens operasjonssykepleiere deler ut spørreskjema og intervjuer pasienter som har sagt ja til deltagelse. Per i dag har spesialsykepleier [redacted] sagt seg villig til å påta seg denne oppgaven dersom studien godkjennes.

Vedlegg 4 – Søknad til avdeling og forskningsutvalg

- 4) Tillatelse til at undertegnede kan gå inn i driften i avdelingen for å erstatte operasjonssykepleieren som skal gjøre datainnsamling den tiden dette tar, slik at ikke gjennomføringen av studien går ut over driften i avdelingen. Datainnsamlingen vil da forgå de dager undertegnede har studiepermisjon.
- 5) Tillatelse til å bruke det nye kjøkkenet (kjøkkenet som ligger i operasjonsområdet i oppusset del av [redacted]) til pasientenes utfylling av spørreskjema og intervju av pasienter.
- 6) Tillatelse til å publisere studiens resultater i forbindelse med innlevering av mastreoppgaven til Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo i juni 2010.
- 7) Tillatelse til eventuelt senere å publisere studiens resultater i form av artikler og foredrag.

Avdelingen vil få en sensurert kopi av masteroppgaven når denne er klar i 2010.

Eventuelle spørsmål kan rettes til meg eller min veileder Inger Schou-Bredal, Førsteamanuensis II ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag Universitetet i Oslo og Forsker ved [redacted] (mail: [redacted] eller tlf: [redacted]).

Med vennlig hilsen

Tove K. I. Johansen
Spesialsykepleier, [redacted]
Masterstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forskningsprotokoll - *"Engstelig for en dagkirurgisk operasjon -En pilotstudie?"*

Vedlegg 2: *"Engstelig for en dagkirurgisk operasjon?"* - Spørreskjema til pasienter ved [redacted]

Vedlegg 3: Invitasjon og informasjonsbrev til pasienter som skal spørres om å delta i pilotstudien *"Engstelig for en dagkirurgisk operasjon- en pilotstudie?"*

Vedlegg 4: Evalueringsskjema for spørreskjema. Pilotstudie: *"Engstelig for en dagkirurgisk operasjon?"*

Vedlegg 5 – Svar e-post fra avdelingsleder

Tove Kristine Johansen

Fra: "Bäckström Gabriella" <[REDACTED]>
Dato: 23. juni 2009 12:27
Til: "Tove Kristine Johansen" <[REDACTED]>
Emne: SV: Søknad om å gjennomføre pilotstudie
Du får tillatelse å gjennomføre din pilotstudie på [REDACTED] slik du har planlagt. Dette virker kjempespennende!

Med vennlig hilsen,

Gabriella Bäckström
Avdelingsleder

[REDACTED]
[REDACTED]
TEI [REDACTED] / Mob [REDACTED]
IKKE SENSITIVT INNHOLD

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Tove Kristine Johansen [mailto:[REDACTED]]
Sendt: 22. juni 2009 19:23
Til: Bäckström Gabriella
Emne: Søknad om å gjennomføre pilotstudie

Hei Gabriella Bäckström

Søker herved om tillatelse en pilotstudie på [REDACTED], [REDACTED]. Informasjon om studien se vedlagte filer, samt innlevert skriftlig søknad (datert 11.06.09) med vedlegg.

Mvh
Tove Kristine I. Johansen
Spesialsykepleier

[REDACTED]
[REDACTED]

Vedlegg 6 – Registreringsskjema for forskningsprosjekter

<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Prosjektnr. [REDACTED] : Fylles ut hos Forskn.dir.
---	---

Registrering av forskningsprosjekter ved [REDACTED]
 Signert skjema sendes Forskningsdirektøren ved sekretariatet ([REDACTED])

1 Prosjektets tittel					
"Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?" – En pilotstudie					
2 Prosjektansvarlig (ansvarlig for gruppen, seniorforskeren som står bak)					
Navn: Inger Schou-Bredal					
Avdeling: [REDACTED]		: [REDACTED]			
Telefon: [REDACTED]		E-post: [REDACTED]			
3 Prosjektleder (forsker som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet)					
Navn: Tove Kristine I. Johansen					
Avdeling: [REDACTED]		: [REDACTED]			
Telefon: [REDACTED] eller [REDACTED]		E-post: [REDACTED] eller [REDACTED]			
4A Samarbeidspartnere (interne/eksterne)					
Navn	Avdeling	: [REDACTED]	Institusjon		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
4B Biologisk materiale, journalinformasjon og/eller samarbeid fra andre avdelinger (interne/eksterne)					
Type og mengde biologisk materiale	Type journalinformasjon	Type samarbeid	Fra avdeling	Godtatt	
				Avdelingssjef (sign)	Dato
Har samarbeidende avdeling godkjent nødvendig engasjement i studien? Dersom annen avdeling enn initierende forutsettes å bruke ressurser, må avdelingsleder bekrefte at studien kan gjennomføres. Dette gjelder slik som å sende ut invitasjoner til deltagelse, ha oversikt over hvem som er inkludert, prøvetaking, oppslag i journal for innhenting av opplysninger og tid for samtaler/intervju. Både prøvetaking og intervjuer griper inn i avdelingens rutiner og ansvar og må være godtatt.					
Kontaktperson, navn	Divisjon		Institusjon		

Godkjent av: Seniorrådgiver [REDACTED]
 Dato: 07.11.2008
 Versjon: 1.6

Side 1 av 4

Vedlegg 6 – Registreringsskjema for forskningsprosjekter

Registrering av forskningsprosjekter ved [REDACTED]

5 Prosjektmål, kortfattet (hoved- og delmål)

Studiens hensikt er å utvikle og pilotteste et spørreskjema som kartlegger forekomst av preoperativ angst hos pasienter på [REDACTED], [REDACTED], og begrunnelser pasientene oppgir for deres preoperative angst.

Studien er en tenkt å være en del av det kvalitetsforbedrende arbeidet ved [REDACTED]. Overordnet mål for det ferdige spørreskjemaet er å hente inn opplysninger om temaet som kan bidra til å videreutvikle sykepleiepraksisen i avdelingen overfor pasienter som er engstelige før de skal opereres.

Pilottesten av spørreskjemaet på pasienter har som metodologisk hensikt å teste ut kvaliteten på spørreskjemaet, datainnsamlingsopplegget (med unntak av utvalgsprosedyre) og analysemetoder på substansielle data.

6 Prosjektbeskrivelse, kort (bakgrunn, metoder, evt. resultater. Praktisk info: Hvilke pasienter/personer (antall) skal inkluderes, inklusjonsperiode, fra hvor, på hvilken måte, av hvem, behov for innsats fra Ullevals ansatte etc)

Pilotstudien er en mastergradsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.

Dagkirurgiske pasienter er en stor pasientgruppe. Dagkirurgisk virksomhet omfattet i 2004 48 % av all kirurgisk virksomhet i Norge (Toftgaard og Parmentier, 2006). I 2008 opererte [REDACTED] ved [REDACTED] 1971 pasienter (Bäckström, 2009). Dagkirurgiske operasjonspasienter skiller seg fra inneliggende og polikliniske operasjonspasienter ved at deres planlagte kirurgiske inngrep er omfattende nok til å kreve anestesitilsyn og tilgang på avansert medisinsk- teknisk utstyr, samtidig av en slik art at hjemreise tillates samme dag (Toftgaard et al, 2006). Rutinemessig beroligende premedikasjon er erfaringsmessig ikke reglementert i mange dagkirurgiske avdelinger, inklusive Dagkirurgisk avdeling, [REDACTED]. Forskningslitteratur viser at mange pasienter i utenlandske dagkirurgiske avdelinger er engstelige før de skal opereres (Nymathi og Kashiwabara, 1988, Gupta, 1994, Moerman, van Dam, Muller og Oosting, 1996). Dette gjelder erfaringsmessig også for pasienter ved [REDACTED], [REDACTED]. Preoperativ angst kan gi negative psykiske og fysiske konsekvenser (Lazarus, 2006; Nyamathi et al, 1988, Selye, 1978). Det er publisert få forskningsbaserte sykepleieintervensjoner med fokus på preoperativ angst hos pasienter i en norsk, dagkirurgisk setting, og få publiserte, norske studier som kan utgjøre empiriske grunnlagsdata for slike intervensjoner. Dette utgjør utgangspunktet for denne pilotstudien. I et sykepleievitenskapelig perspektiv er det dessuten behov for flere årsaks- og beskrivende forklaringer innen fenomener som omfatter pasienters erfaringer i møtet med helsevesenet (Kim, 1987). Preoperativ angst hos dagkirurgiske pasienter kan karakteriseres som et slikt fenomen.

Studien har et kvantitativt, beskrivende design (Polit og Beck, 2008). Pilottesten er en tverrsnittundersøkelse. Metoden er survey der første del av prosjektet var å utvikle et strukturert spørreskjema med hovedsakelig lukkede spørsmål og svaralternativer på basis av valgte problemstilling og forskningsspørsmål. Andre del av prosjektet er å pilotteste spørreskjemaet med tanke den metodologiske hensikt som er beskrevet i punkt 5. Pilottesten vil forgå ved at pasienter fyller ut spørreskjema etter ankomst i avdelingen mens de venter på å komme inn på operasjonsstuen. Deretter gjøres et strukturert intervju med pasienten om hvordan det var å fylle ut spørreskjemaet. Til dette brukes et evalueringsskjema med lukkede spørsmål og svar om blant annet forståelse av instruksjoner, spørsmål og svaralternativ i spørreskjema og tidsbruk på utfylling. Pilottest og datainnsamling er tenkt å utføres i august og september 2009, og innebærer innsats fra sykepleier på PO som skal rekruttere pasienter og innsats fra en operasjonssykepleier som skal dele ut spørreskjema og intervju pasienter.

Utvalget for studien skal bestå av pasienter som skal til en gynekologisk eller gastrokirurgisk lapraskopisk operasjon ved [REDACTED], [REDACTED]. Pasientene skal ha en benign diagnose som indikasjon for inngrepet, ha narkose, være over 18 år, kunne snakke, lese og skrive norsk og ikke ha en kjent psykisk lidelse. Pasienter som har tatt beroligende premedikasjon før eller etter ankomst dagkirurgisk avdeling og/eller som skal overnatte på sykehusets pasienthotell eller en av sengepostene på sykehuset etter operasjonen, skal ekskluderes fra studien. Pasientene inviteres til å delta i studien like etter ankomst til avdelingen samme dag som de opereres. Da hensikten med pilotstudien er som beskrevet ovenfor er ønsket utvalgstørrelse på 20 pasienter. De vil rekrutteres forløpende samme dag som de skal opereres gjennom ikke-sannsynlighetsutvelgning av type kvoteutvelgning (Hellevik, 2002). Kvotene er 10 gynekologiske og 10 gastrokirurgiske pasienter, hvor av den siste gruppen skal bestå av 5 menn og 5 kvinner. Pasientenes deltagelse er anonym.

Masteroppgaven skal etter planen publiseres i juni 2010 ved innlevering til Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, UIO.

Vedlegg 6 – Registreringsskjema for forskningsprosjekter

Registrering av forskningsprosjekter ved [REDACTED]

7 Viktigste anvendte metoder og utstyr

Survey, utdeling av spørreskjema for utfylling, intervju ved bruk av strukturert spørreskjema (evalueringsskjema)

8 Emneord for prosjektet, helst fra Medical Subject Heading (max. 5)

Preoperative Care, Ambulatory Surgery Procedures, Anxiety

9 Prosjektperiode (fra rekruttering til og med publisering)

Oppstart: F.o.m August 2009

Forventet avsluttet: T.o.m Juni 2010

10 Prosjekttype (spørsmålene 10 – 17 må alle besvares med Ja eller Nei)

Forskerinitiert prosjekt:	Nei	Oppdragsforskning:	Nei	Multisenterprosjekt ledet av [REDACTED]:	Nei
Rent [REDACTED] prosjekt:	Ja	Multisenterprosjekt ledet av [REDACTED]:	Nei	Multisenterprosjekt ledet eksternt:	Nei

11 Omfatter prosjektet bruk av personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?

Hvis Ja må [REDACTED] meldeskjema for forsknings-, kvalitetsstudier mm fylles ut og sendes personvernombudet.

Nei

12 Omfatter prosjektet biobank?

Hvis Ja må skjema for opprettelse av forskningsbiobank fylles ut og sendes biobankkoordinator.

Nei

13a Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som har diagnostiske eller behandlingsmessige konsekvenser for deltakeren?

Hvis Ja omfattes prosjektet av bioteknologiloven og spørsmål 13b må besvares.

Nei

b Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som kan forutsi sykdom eller påvise bærertilstand for arvelige sykdommer og som kan tilbakeføres til deltakeren?

Hvis Ja må det gis genetisk veiledning, jfr. bioteknologiloven. Kontakt Avd. f. medisinsk genetikk. v/ avd. overlege

Nei

14 Omfatter prosjektet utprøving av legemiddel?

Hvis Ja må søknad sendes Statens legemiddelverk (hvis ikke sponsor/oppgavsgiver har gjort det).

Nei

15 Omfatter prosjektet utprøving av medisinsk-teknisk utstyr?

Hvis Ja må Medisinsk teknisk avdeling kontaktes før utstyret tas i bruk.

Nei

16 Omfatter prosjektet dyreforsøk?

Hvis Ja må kopi av godkjenning fra Forsøksdyrutvalget fremlegges.

Nei

17 Skal det inngås kontrakter i forbindelse med prosjektet?

Hvis Ja må Medinnova v/ Kari Sveen kontaktes.

Nei

18 Er prosjektet klinisk forsøk?

Dvs: Fordeler prosjektet forsøkspersonene prospektivt i behandlings- og kontrollgrupper for å undersøke årsaks-virkningsforhold mellom medisinsk intervensjon og behandlingsresultat?

Hvis Ja må prosjektet registreres i ClinicalTrials.gov Protocol Registration System. Ved forskerinitierte prosjekter registrerer prosjektleder, kontakt Evi S. Faleide, FoU-avd. for tilgang. Ved oppdragsforskning vil vanligvis sponsor registrere.

Nei

19 Ønskes prosjektet monitorert?

Hvis Ja, kontakt klinisk monitor Irene Syse, Kompetansesenteret for klinisk forskning (tlf 230 16659).

Nei

Avdelingsleder/klinikkjef

Godkjent dato: 15.6.2009

Leder, divisjonens forskningsutvalg

Godkjent dato: 15/6-09

Gabriel Bäckström
Sign. avdelingsleder Gabriella Bäckström

Johann Røder
Sign. leder, divisjonens forskningsutvalg

Vedlegg 6 – Registreringsskjema for forskningsprosjekter

Registrering av forskningsprosjekter ved [REDACTED]

Avdelingen vurderer:

- Ønsker avdelingen å delta med sine pasienter?
- Har avdelingen ressurser/pasienter/medarbeidere nok?
- Er økonomien tilfredsstillende?

Forskningsutvalget vurderer:

- Er oppdraget medisinsk interessant?
- Er det pasientgrunnlag å avse?

Ved egeninitiert forskning også:

- Er det faglige opplegget tilfredsstillende?
- Er den faglig rådgiving tilfredsstillende?
- Er statistiker/ epidemiolog kontaktet ?

For tilgang til forskningsserver

Navn for prosjektmappen på forskningsserveren (kort navn, prosjektkode kan brukes)

Datainnsamling forventes å være ferdig innen (måned - år)

Personer som skal ha tilgang til prosjektmappen

Forutsetning: Alle brukere må ha tilgang til [REDACTED] datanettverk.

Rettigheter (kryss av)

Navn	Brukernavn	Avdelingsnummer	Kun lesetilgang	Lese- og skrive-tilgang	

Tilgang vil først gis etter at alle formalia er i orden


Prosjektansvarlig

Godkjent av: Seniorrådgiver [REDACTED]
Dato: 07.11.2008
Versjon: 1.6

Side 4 av 4

Vedlegg 7 – Søknad til personvernombud

Tove Kristine Johansen

Fra: "Grimnes Helge" <[REDACTED]>
Dato: 30. juli 2009 16:11
Til: "Tove Kristine Johansen" <[REDACTED]>
Emne: SV: SØKNAD TIL PERSONVERNOMBUDET
Hei

Ufra de opplysningene jeg sitter med ser dette ut til å gjennomføres anonymt.
Studien er derfor ikke meldepliktig til personvernombudet.

Lykke til ! :-)

Mvh.
Helge Grimnes
Personvernrådgiver

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] (mobil)
[REDACTED] (kontor)
[REDACTED] (fax)

[REDACTED]
Praktisk veileder til personvern
i medisinsk forskning

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Fra: Tove Kristine Johansen [mailto:[REDACTED]]
Sendt: 29. juli 2009 18:37
Til: Grimnes Helge
Emne: Re: SØKNAD TIL PERSONVERNOMBUDET

Hei
Undersøkelsen er helt anonym, så det vil ikke finnes noe navneliste noen sted.

Kan jeg tolke tilbakemeldingen som at dere godkjenner at studien gjennomføres slik den er beskrevet i papirene sedt til dere?

Mvh
Tove K. I. Johansen

----- Original Message -----

From: Grimnes Helge
To: 'Tove Kristine Johansen'
Sent: Tuesday, July 28, 2009 4:14 PM
Subject: SV: SØKNAD TIL PERSONVERNOMBUDET

Hei

Beklager sen tilbakemelding. Det skyldes mange oppgaver for tiden.

Vedlegg 7 – Søknad til personvernombud

Takk for meldingen.

Ut fra det jeg leser, så ser ikke denne studien ut til å være meldepliktig ifht. personvernet.

Slik jeg forstår det, så er den koden som knytter intervju-skjemaet sammen med spørreskjemaet ikke knyttet til noen navneliste (?).

Det finnes mao. ingen navneliste noe sted? Stemmer det?

Mvh.

Helge Grimnes

Personvernrådgiver

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] (mobil)
[Redacted] (kontor)
[Redacted] (fax)

[Redacted]
Praktisk veileder til personvern
i medisinsk forskning

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Fra: Thorstensen Heidi

Sendt: 12. juni 2009 13:07

Til: Grimnes Helge; 'Tove Kristine Johansen'

Emne: VS: SØKNAD TIL PERSONVERNOMBUDET

Hei!

Takk for mottatt melding, Min kollega Helge Grimnes vil saksbehandle dette og gi deg tilbakemelding.

mvh

HEidi

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Heidi Thorstensen

[Redacted]
[Redacted]

Mobil: [Redacted]

Personvern i medisinsk forskning: [Redacted]

Fra: Tove Kristine Johansen [mailto:[Redacted]]

Sendt: 12. juni 2009 09:13

Til: Thorstensen Heidi

Emne: SØKNAD TIL PERSONVERNOMBUDET

Vedlegg 7 – Søknad til personvernombud

Hei

Søker herved om tillatelse fra personvernombudet til å gjennomføre en pilotstudie på [REDACTED]. Informasjon om studien se vedlagte filer.

Mvh

Tove Kristine I. Johansen
Spesialsykepleier

[REDACTED]
[REDACTED]

Vedlegg 8 – Instruks til rekrutteringsansvarlig

Instruks til sykepleier som skal spørre pasienter om å delta i pilotstudien: "Engstelig for en dagkirurgisk operasjon?"

Takk for at du er villig til å hjelpe meg med pilotstudien.

Pasienter skal rekrutteres til å delta i studien ut i fra følgende kriterier:

- Pasienter som skal gjennom en gynekologisk eller gastrokirurgisk lapraskopisk operasjon.
- Pasienter over 18 år.
- Pasienter som kan snakke og skrive norsk.
- Pasienter uten kjent psykisk lidelse
- Pasienter som ikke har tatt/fått beroligende premedikasjon før eller etter ankomst [REDACTED].
- Pasienter som ikke skal overnatte på sengepost eller på pasienthotellet etter operasjonen, men hjem til seg selv eller familie, venn eller bekjent.
- Det er ønske om følgende fordeling blant pasientene:
 - 10 pasienter som skal til lapraskopisk gynekologisk operasjon
 - 10 pasienter som skal til lapraskopisk gastrokirurgisk operasjon, derav 5 kvinner og 5 menn.

Pasientene skal spørres om å delta i studien etter ankomst [REDACTED]:

- Rekruttering bør skje ut i fra hvor lang tid det er til vedkommende skal tas inn på operasjonsstuen.
- Det bør beregnes at pasienten har tid til utfylling av spørreskjema og intervju. Dette vil trolig ta maksimum 45 minutter.

Ved forespørsel:

- **Gi pasienten informasjonskriv om studien.**
- **Gi en kort muntlig informasjon om studien. Informasjonen bør inneholde følgende:**
 - At pilotstudien er et kvalitetsforbedrende prosjekt i avdelingen, og gjøres som en masterstudie ved Universitetet i Oslo.
 - Hensikten med pilotstudien: Teste ut et spørreskjema, for i på best mulig måte kan hente inn opplysninger om i hvilken grad dagkirurgiske pasienter engstelige før en operasjon og hvilke begrunnelser pasienter gir for at de er engstelige.
 - Hensikten med ferdig spørreskjema: Hente i opplysninger om som kan brukes til å forbedre sykepleiepraksisen til pasienter som er engstelige før en operasjon.
 - At de dersom de svarer ja vil bli kontaktet av en annen sykepleier i avdelingen som vil gi dem et spørreskjema til utfylling, og bli intervjuet av vedkommende om hvordan det var å fylle ut spørreskjemaet.

Vedlegg 8 – Instruks til rekrutteringsansvarlig

- Utfylling av spørreskjema og intervju vil skje før de tas inn på operasjonsstuen.
- At det er helt frivillig å delta i undersøkelsen, og at undersøkelsen er anonym
- At det ikke vil gi noen konsekvenser for nåværende eller fremtidig behandling ved sykehuset om de takker nei.

- **Dersom pasienten svarer ja til å delta:**

- Registrer pasienten i rekrutteringsskjema kryss av for kjønn, type operasjon og ”ja, ønsker å delta” etter aktuelle forespørselsnummer.
- Gi beskjed til operasjonssykepleier som vil ta kontakt med pasienten.

- **Dersom pasienten svarer nei til å delta:**

- Registrer pasienten i rekrutteringsskjema ved å krysse av for ”nei, ønsker ikke å delta” etter aktuelle forespørselsnummer.

Pasientene rekrutteres fortløpende.

Når 20 pasienter (10 gynekologiske pasienter, 5 mannlige og 5 kvinnelige gastrokirurgiske pasienter) har sagt ja til å delta og har fullført utfylling av spørreskjema og intervju, avsluttes rekrutteringen.

På forhånd takk

Vennlig hilsen

Vedlegg 9 – Instruks til datainnsamlingsansvarlig

Instruks til sykepleier som skal dele ut spørreskjema og intervju pasienter om utfylling av spørreskjemaet i pilotstudien:

”Engstelig før en dagkirurgisk operasjon?”

Takk for at du er villig til å hjelpe meg med denne pilotstudien.

Hvilke pasienter som skal delta.

Sykepleierpå PO er rekrutteringsansvarlig i studien. Du vil få beskjed av henne eller en annen av sykepleiere på PO som er blitt opplært i å rekruttere, hvem du skal dele ut spørreskjema til og intervju.

Når skal pasientene delta

Pasienten skal fylle ut spørreskjema og bli intervjuet mens de venter på å bli tatt inn på operasjonsstuen. Opplegget vil trolig ta ca 30-45 minutter. De pasienter som skal delta bør derfor ha dette tidsrommet til rådighet før de skal opereres. Utfylling av spørreskjema bør skje uten at pasienten blir avbrutt.

Registrering av pasienter i deltagerskjemaet

Hver pasient som du får tildelt av PO, skal registreres i vedlagte deltagerskjema.

Hver pasient gis fortløpende et nummer ut i fra deltagerskjemaet.

Dette nummeret skal føres øverst i høyre hjørne på pasientens spørreskjema og på evalueringsskjemaet du skal intervju pasienten ut i fra.

Registrer for hver pasient om de har utfylt spørreskjema og blitt intervjuet.

Pasienter som blir avbrutt under utfylling av spørreskjema eller som ikke rekker å bli intervjuet etter utfylling av spørreskjema, må tas ut av undersøkelsen. Registrer i rubrikker for dette i deltagerskjemaet.

Dersom pasienten ønsker å trekke seg underveis skal dette også registreres i deltagerskjemaet.

Pasientens utfylling av spørreskjema

Det er viktig at pasienten får fylt ut spørreskjemaet uten å bli avbrutt. Legg derfor tidspunkt for utfylling slik at det passer i forhold til legens preoperative samtale og liknende.

Det viktig at pasienten skal sitte i mest mulig rolige og private omgivelser under utfylling spørreskjema og under intervju. Bruk derfor det lille kjøkkenet til dette formålet.

Vedlegg 9 – Instruks til datainnsamlingsansvarlig

La pasienten først fylle ut spørreskjemaet mens det er alene i rommet. La pasienten få den tid vedkommende trenger for å fylle ut spørreskjemaet.

Gjør pasienten oppmerksom på klokken i rommet, ettersom det er ønskelig at pasienten skal gi tilbakemelding på hvor lang tid vedkommende brukte på spørreskjemaet.

Intervju av pasienten

Når pasienten har fylt ut spørreskjema, kan intervjuet starte.

Still spørsmålene fortløpende og med omtrent samme ordlyd som det står i spørreskjemaet.

Dersom pasienten ønsker å prate om andre ting underveis prøv å styre samtalen tilbake til spørreskjemaet.

Etter at du har intervjuet pasienten, skal pasienten selv putte spørreskjemaet de har utfyllt i den konvolutten de har fått utdelt, og lime igjen. Dette for å sikre at undersøkelsen gjøres anonymt.

Pasienter som uttrykker at de er engstelige før operasjonen

Fordi spørreundersøkelsen er anonym, er det viktig at ikke du som skal intervju pasientene går inn i en samtale om deres engstelse før operasjonen.

Dersom pasienten under eller etter intervjuet uttrykker at de er engstelige og ønsker å få hjelp med dette, skal du derfor kontakte en annen fagperson i avdelingen slik at pasienten kan få snakke med denne personen.

Oppbevaring av skjemaer

Evalueringsskjemaet og konvolutten fra pasienten låses inn i merket skap inne på søsterrommet.

Deltagerskjemaet oppbevares innelåst sammen med ubrukte spørre- og evalueringsskjemaer og konvolutter i merket veskeskap ved siden av.

Lurer du på noe, ta kontakt.

Vennlig hilsen

KILDE	BEGRUNNELSER SOM DAKIRURGISKE PASIENTER HAR OPPGITT I ULIKE STUDIER	SPØRSMÅL
Markowic et al (2004)	<p>“In some respects, such as regarded to fear of.....hospitals in general, residential surgery patients and day surgery patients do not differ” (s. 77)</p> <p>“Issues of Concern Nervous of the hospital environment 22 %” (s. 193)</p>	C1: “Jeg er engstelig for sykehus generelt”
Shevde et al (1991)		
Markowic et al (2004)	<p>“In addition, walking gave patients a heightened awareness of the surgical environment; they could not detach by closing their eyes on the trolley or wheelchair, for example, thereby blocking out the medical setting.” S. (78) “... it was weird, just go (walk) down this long corridor...you see like other operation theatres...that sort of stuff...I was like trying to hold my breath and calm myself down....I frankly lost it in my head (Holly)” ... (s. 77) “...That’s (walking to the theatre) really scary, because like you go into the operating theatre, and there’s lights and tools, and I mean of course it’s scary and my heart was pounding a hundred miles an hour. (Patricia)” (s. 77)</p>	C2: “Jeg er engstelig for å se operasjonsstuen med instrumenter, operasjonsbord og liknende”
Williams et al (2003)	<p>“Those patients who managed to see their surgeon preoperatively thought their discussion may have been overheard by others, which threatened their privacy” “Another concern raised was the lack of privacy” (s. 39)</p> <p>“... although I was wearing surgical underwear, a surgical gown and a dressing gown, it didn’t hide very much in my opinion. I was feeling quite nervous in the presence of several women who were chatting...” (s. 2422) “The embarrassment highlighted in the mixed-sex preoperative waiting area was troublesome for some patients....” (s. 2423)</p> <p>“Patients expressed a sense of powerlessness, increased vulnerability and anxiety when dignity and privacy were compromised.” (s. 183)</p> <p>“Issues of Concern Disclosing personal matters (6 %)” (193)</p>	C3: “Jeg er engstelig fordi andre pasienter kan se eller høre det som vedkommer bare meg”
Gilmartin et al (2008)		
Rhodes et al (2006)		
Shevde et al (1991)		
Otte (1996)	<p>“It is acknowledged that there was variance in the level of anxiety experienced by the patients and that this was dependent upon the patient’s perception of the event.” ... “Common statements included “I just sat there” (Emma) and “it’s the waiting that’s the problem” (Dorothy) which resulted from the perceived unnecessarily long pre-operative delay” (s. 1231)</p> <p>“Patients had concerns about the process of surgery...including the preoperative waiting” “One woman expressed her concern about the wait as “you have to come so early, I’ll spend two hours waiting and I’ll worry and think a lot in that time” (s. 762)</p> <p>“In open-ended questions, women indicated that they understood that some delays were unavoidable, but suggested that the staff convey this message to patients in the waiting area to reduce their anxiety prior to surgery. The longer you sit, the more anxious you are...” (s. 55)</p> <p>“Several participants described how they felt miserable, abandoned and upset during the preoperative wait” (s. 2422) “What</p>	C4: “Jeg er engstelig, fordi ventetiden føles lang.”
Caldwell (1991)		
Markowic et al (2002)		
Gilmartin et al		

Vedlegg 10 – Operasjonaliseringsskjema

(2008)	stand out in the accounts is the psychological effects resulting from long periods of preoperative waiting were worsened by increased nervous tension and boredom.” (s. 2423).	
Williams et al (2003)	“Comfortable seats and up-date reading materials were seen by some patients to be important factors in reducing the anxiety of wait” (s.39).Most of the respondents said the wait, whether in day surgery or in the preoperative holding room of the operation suite, was unpleasant and enhanced feelings of anxiety and discomfort....” (s. 40)	
Barthelson et al (2003 b)	“Some patients felt anxious before the operation, but as these patients were the first to be operated on in the morning and the waiting was short they could manage without tranquilizers...” (s. 103)	
Mitchell (2000)	“The aspect of day surgery patients found to be most fearful waswaiting in the day surgery unit prior to your operation (44%)....” (s. 21)	
Markowic et al (2004)	“ A second factor that contributed to anxiety was that patients who presented to the hospital with a partner or a friend as their anxiety management strategy (see Wiens, 1998) were separated from their support person immediately prior to and after surgery” (s. 78)	C5: “Jeg er engstelig fordi den som følger meg til sykehuset ikke kan være sammen med meg under hele oppholdet.”
Costa (2001)	The importance of the presence of family members and significant others was discussed frequently.” it was real hard, to separate.” (s. 879)	
Mitchell (2000)	“What aspects of day surgery increased your anxiety?...Other i.e.... separation from husband... (12 patients)” (s. 22)	
Caldwell (1991)	“ Concerns about professional care focused on....as well as the competence of the surgical team. “ (s. 761)	C6: “Jeg er engstelig for kvalifikasjonene og erfaringen til helsepersonellet i avdelingen.”
Shevde et al (1991)	” Issues of Concern ... Anesthesiologist’s qualifications 45%....Experience of anesthesiologist 43%” ... Impaired judgment 12 % (s. 193)	

Vedlegg 10 – Operasjonaliseringsskjema

Otte (1996)	<p>“Participants perceived that there was a breakdown in communications during their clinical encounter and this often resulted in feelings of confusion and anxiety....Patients identified the doctors’ lack of time as a major cause of communication breakdown between themselves and the medical staff....this rushed attitude was perceived by patients as being “off putting” and did not promote questioning from patients who intimated that they would have liked to” (s. 1233)</p> <p>“Issues of Concern....Anesthesiologist’s manners 22%” (s. 193)</p>	C7: “Jeg er engstelig fordi helsepersonellet bruker lite tid på å se og imøtekomme mine behov”
Shevde et al (1991)		
Otte (1996)	<p>“Patients unanimously recognized that they were inadequately prepared for day case surgery in terms of informational and educational support and from a perceived knowledge gap within the multi-disciplinary health care team. Patients expressed their feelings in terms of “Fear of the unknown” (s. 1232)</p> <p>“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm ... “ I’ve never gone through anything like this before –that’s why I’m a bit worried”” (s. 243)</p> <p>“Issues of Concern....Fear of the unknown 25%” (s.193)</p>	C8: “Jeg er engstelig fordi situasjonen jeg er i nå oppleves ukjent”
Rosén et al (2008)		
Shevde et al (1991)		
Caldwell (1991)	<p>“Some patients expressed concern about not having enough information” (s. 762)</p>	C9: “Jeg er engstelig, fordi jeg har fått for lite informasjon.”
Otte (1996)	<p>“The most significant area of concern was related to being unprepared.....Participants strongly advocated that they needed more information appertaining to their surgery, prospective care, success of operation and discharge.” (s. 1232)</p> <p>“Inadequate education and information increases patient anxiety, their ability to cope and planning for discharge” (s. 182)</p>	
Rhodes et al (2006)		
Caldwell (1991)	<p>“Other patients stated that they did not want to know more about the surgical experience. They believed too much information would make them nervous....I appears that, at least for some patients, extensive information induce stress.” (s. 762)</p>	C10: “Jeg er engstelig fordi jeg har fått for mye informasjon”
Caldwell (1991)	<p>“Several patients stated that they did not know enough to ask the right questions..... Comments such as “this is all new to me”, “I don’t know what to expect”, or “I don’t know the questions to ask” reflected this concern” (s. 762)</p>	C11: “Jeg er engstelig fordi det er vanskelig å stille spørsmål.”

Barthelison et al (2003 a)	"A woman was worried about the diagnosis..." (s. 256)	C12: "Jeg er engstelig på grunn av diagnosen jeg har fått."
Barthelison et al (2003 b)	"I was a little bit anxious. Key-hole technique, I don't know what it is like. I don't know at all how they do it" (s. 103)	C13: "Jeg er engstelig på grunn av typen operasjon jeg skal i gjennom"
Caldwell (1991)	"Patients had concerns about surgery including the surgical procedure itself..." (s. 762)	
Caldwell (1991)	"Fears of recurrence, the possibility of malignancy, and the probability of additional surgery based on the findings of present surgery were all mentioned as sources of worry." (s. 763)	C14: "Jeg er engstelig for resultatet av operasjonen"
Costa (2001)	"The fear of being cut also related to what patients thought surgeons would find "once they got in there"" (s. 878)	
Mitchell (2000)	"What aspects of day surgery increased your anxiety?... Other: ie.....possibility of reduced health... 12 patients" (s. 22)	
Rosén et al (2008)	"Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... "I'm wondering whether the surgery will affect my mobility"... "I'm worried about what they might find in my knee... and that it might not turn well"... "I'm worried about what the sample will show"... "the result of surgery"" (s. 243)	
Costa (2001)	"...fear was manifested as fear of being cut. Patients described how scared and frightened they were at the thought of being cut open. One patient related her aversion to blood and scalpels in terms of her experience watching the television series ER.....another patient stated..." "I thought about them cutting into me and I hate knives and blood and everything. I just kept thinking of the process of having surgery and being cut...." (s. 878)	C15: "Jeg er engstelig på grunn av tanken på å bli skjært i."
Caldwell (1991)	"...as long as nothing goes wrong ..." (s. 762)	C16: "Jeg er engstelig for at noe skal gå galt under operasjonen"
Rosén et al (2008)	"Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... "worried that something will go wrong" (s. 243)	

Vedlegg 10 – Operasjonaliseringsskjema

Caldwell (1991)	“The recovery process worried some patients. Their fear included....and complications after discharge....” (s. 763)	C17: “Jeg er engstelig for å få komplikasjoner etter operasjonen”
Markowic et al (2004)	“In some respects, such as regarded to fear of.....complications..., residential surgery patients and day surgery patients do not differ” (s. 77)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... “I’m worried aboutinfection after the surgery...”“(s. 243)	
Shevde et al (1991)	“Issues of Concern....Being bedridden 16%” (s. 193)	
Shevde et al (1991)	“Fear of needles 13 %” (s. 193)	C18: “Jeg er engstelig for å få sprøytetikk og liknende”
Mitchell (2000)	“What aspects of day surgery increased your anxiety?.... Other: ie.....needles...12patients” (s. 22)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... “I’m little afraid of injections and worry that it’ll hurt” ““(s. 243)	
Caldwell (1991)	“Fear of anesthesia was very common: 30,3 % of the patients listed anesthesia as one of their concerns. Several patients mentioned a prior unpleasant experience as inpatients as the basis of their concern.” (762-764)	C19: “Jeg er engstelig fordi jeg har hatt en tidligere negativ opplevelse med narkose.”
Shevde et al (1991)	“Issues of Concern.... Being unconscious 19 %” (s. 193)	C20: “Jeg er engstelig for å tape kontrollen ved narkose”
Costa (2001)	“Patients talked about the fear of losing control from both physical and psychological perspective. One patient said she felt physically disconnected from her body. “It’s your body and then all of a sudden, it’s not. It’s something you’re not controlling.” “(s. 878)	
Mitchell (2000)	“What aspects of day surgery increased your anxiety?... Being unconscious 13 patients” (s. 193)	
Mitchell (1997)	“The next high scoring question relates to the aspects of surgery causing the greatest level of anxiety. The results were consistent with previous findings and were:(2nd=)being unconscious: ...” (s.360)	

Shevde et al (1991)	“Issues of Concern....Waking up in the middle of surgery 24%” (s. 193)	C21: “Jeg er engstelig for å våkne opp under operasjonen”
Gilmartin et al (2008)	“I was frightened of waking up during the procedure...” (s.2422)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... ”I’m afraid of waking up during surgery.””(s. 243)	
Shevde et al (1991)	“Fears/concerns expressed spontaneously....pain intra-op 28%” (s. 192)	C22: “Jeg er engstelig for å kjenne smerte under operasjonen”
Mitchell (1997)	“The next high scoring question relates to the aspects of surgery causing the greatest level of anxiety. The results were consistent with previous findings and were:(2nd-) being in pain...” (s. 360)	
Shevde et al (1991)	“Fears/concerns expressed spontaneously....unable to wake up35 %”” Issues of Concern....Being unable to wake-up postop 37%” (s. 192-193)	C23: “Jeg er engstelig for å ikke våkne opp etter narkosen.”
Costa (2001)	“One patient talked about hooked up to a ventilator and being very close to death. I think I was hooked up to a ventilator, right, when you’re under? You can be very close to death that way, very scary. Another patient said she was aware of an occasionally death caused by anesthesia....””I did say to the nurse, I’m afraid, I’m very tired, I want to sleep, I think I’m going to fall asleep, but I’m afraid I won’t wake up again.” (s. 876)	
Markowic et al (2004)	“In some respects, such as regarded to fear of death...., residential surgery patients and day surgery patients do not differ” (s. 77)	
Gilmartin et al (2008)	“...I was frightened of not waking up after the anesthetic. Yes...a nervous wreck on the morning of the procedure in case I would not see my children again...” (s. 2421)....”I was frightened of ...or diving whilst under the anesthetic...” (s.2422)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... ”I’m afraid of not waking up again.””(s. 243)	
Shevde et al (1991)	“Issues of Concern....Postop nausea...22%” (s. 193)	C24: “Jeg er engstelig for kvalme etter narkosen”
Caldwell (1991)	“One man said, “I’m scared.....will I wake up after the operation and be sick, and can I eat?....”” (s. 763)	
Mitchell (2000)	“What aspects of day surgery increased your anxiety?.....Other: ie.....possibility of nausea and vomiting... 12patients” (s. 22)	
Gilmartin et al (2008)	“The majority said they felt frightened about having general anesthetic in case they did not recover: “....I told her about my concerns and the problems with anesthetics and sickness afterwards....” (s. 2421)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm... ”nausea following anesthesia” (s. 243)	

Shevde et al (1991)	“Fears/concerns expressed spontaneously....pain post-op 9%” “Issues of Concern....Postop pain 34%” (s. 193)	C25: “Jeg er engstelig for smerter etter operasjonen”
Caldwell (1991)	“The recovery process worried some patients. Their fear included fear of pain...” “I’m worried about the pain, that maybe I can’t deal with it at home.” (s. 763)	
Costa (2001)	” ...I just kept thinking about the whole process of having surgery and being out. And just the pain I’d feel after was making me nervous” (s. 878)	
Mitchell (2000)	“What aspects of day surgery increased your anxiety?... The possible pain and discomfort 28 patients” (s. 22)	
Gilmartin et al (2008)	“I also asked her questions about postoperative pain, which was a concern...” (s. 242 1)	
Rosén et al (2008)	“Examples of Quotes From Subjects (n= 91) Who Rated Themselves as Not Feeling Calm...” “then I’m worried that it’ll hurt afterwards” (s. 243)	C26: “Jeg er engstelig for å ikke få tid nok til overvåkning og pleie før utreise fra avdelingen”
Caldwell (1991)	“A related concern was the time available for care and recovery postoperatively. One patient was concerned that he would be rushed out after his surgery. He said, “My surgery is late and this place is only open until a certain time.”” (s. 762)	
Mitchell (2000)	” What aspects of day surgery increased your anxiety?... Other: ie.....discharged too early ...12 patients” (s. 22)	
Caldwell (1991)	“Concerns about professional care focused on the availability and continuity of care following discharge... These concerns were expressed in comments related to the development of postoperative complications and the distance of the patient’s home to hospital” (s. 761-762)	
Caldwell (1991)	“The recovery process worried some patients. Their fear includedbeing dependent on others...” (s. 763)	
Caldwell (1991)		C27: “Jeg er engstelig for å reise hjem, fordi det er langt tilbake til sykehuset”
Caldwell (1991)		C28: “Jeg er engstelig for å være avhengig av andre etter utreise fra avdelingen”

Vedlegg 10 – Operasjonaliseringsskjema

Caldwell (1991)	The recovery process worried some patients. Their fear included....and being unable to care for dependents... The subjects in the study were primarily young females and they frequently expressed concern about the care for their children after discharge. "I worry about taking the kids when getting home. Usually you stay a day or so. I'm not sure how I will manage with them if I don't feel so great." (s. 763)	C29: "Jeg er engstelig for ikke greie å ta hånd om andre som er avhengig av meg etter operasjonen"
Mitchell (2000)	"What aspects of day surgery increased your anxiety?.... Social arrangements ie....child-minding.... 13 patients" (s. 22)	
Caldwell (1991)	"The effect of outpatient surgery on un their functioning at home also was mentioned. It's not as relaxing going home; you see messes and you want to pick them up, but you probably can't. These concerns relate to the inability to carry out normal role function and therefore and therefore are appraised as stressful." (s. 763)	C30: "Jeg er engstelig for å ikke mestre dagliglivets aktiviteter etter operasjonen"
Shevde et al (1991)	"Fears/concerns expressed spontaneously.... Unable to function 6 %" (s.192)	
Mitchell (2000)	"What aspects of day surgery increased your anxiety?.... Social arrangements ie.... work.... 13 patients" (s. 22)	